



# La Revolución del Nacimiento

PARTOS RESPETADOS

NACIMIENTOS MÁS SEGUROS

Isabel Fernández del Castillo

## *La revolución del nacimiento*

Isabel Fernández del Castillo

Autoralia eBooks con conciencia (2012)

### **CREDITOS**

© 2012 Isabel Fernandez del Castillo

E-mail: [info@terramater.es](mailto:info@terramater.es)

Web: [www.terramater.es](http://www.terramater.es)

Fecha de alta: 1 de mayo 2012

Ultima modificación: 30 de mayo 2012

Diseño de cubierta: Editorial Obstore

Maquetación: @utoralia

ISBN: 978-84-8352-554-8

Este es un **eBook con Conciencia de @utoralia**

Los eBooks con Conciencia de @utoralia  
tienen un precio reducido porque los gastos de distribución también lo son  
y una parte de los beneficios se destinan a una ONG  
[www.utoralia.com](http://www.utoralia.com)

**GRACIAS por COLABORAR**

## **La revolución del nacimiento**



Isabel Fernández del Castillo

# **La revolución del nacimiento**

Partos respetados  
Nacimientos más seguros

Prólogo de Michel Odent



*A mis amadas hijas, Irene y Lucía*





# Índice

<b>Agradecimientos</b>	<b>13</b>
<b>Prólogo a la edición</b>	<b>15</b>
<b>Introducción</b>	<b>17</b>
La evolución en Europa	23
España, a la cola	24
<b>El nacimiento de los mamíferos</b>	<b>29</b>
Tres cerebros en uno	29
El parto de la especie más inteligente	32
La cruda realidad	33
El recién nacido también es un mamífero	35
Recibiendo al bebé	39
<b>Primera parte: Acerca del parto medicalizado</b>	<b>43</b>
<b>1. La intimidad</b>	<b>45</b>
El parto de los mamíferos	45
¿Cómo paren las mamíferas?	45
El parto como acontecimiento sexual	46
Acompañamiento	52
Tactos	54
Dar a luz como en casa	57
Reflejo de eyección materno-fetal	62
<b>2. La postura</b>	<b>69</b>
¿Y el bebé?	73

<b>3. Rotura de membranas</b>	<b>79</b>
El meneílo	83
<b>4. Oxitocina</b>	<b>85</b>
Inducción	92
Efectos sobre el comportamiento	94
<b>5. La química y la bioquímica</b>	<b>97</b>
Respiración	102
Suero	104
Depresión posparto	104
<b>6. Episiotomía</b>	<b>113</b>
Otra lectura de la episiotomía	115
Parto respetado	120
<b>7. Los fórceps</b>	<b>123</b>
Kristeller	127
<b>8. Cesáreas</b>	<b>131</b>
Médicos y comadronas	132
Los protocolos	134
Una horita corta	134
¿Es la cesárea una intervención «menor»?	136
La herida emocional de la cesárea	137
Madre y recién operada	139
<b>9. El corte del cordón umbilical</b>	<b>143</b>
<b>10. Médicos y comadronas</b>	<b>149</b>
Las comadronas son más rentables	154
<b>11. Método madre canguro</b>	<b>157</b>
La incubadora no es lo mejor	160
<b>12. Parto hospitalario, parto en casa</b>	<b>165</b>
La seguridad del parto en casa	170
Casas de partos	175

<b>13. La lactancia materna</b>	<b>179</b>
Mamar = mamá + amar	180
Lactancia materna y salud	182
Breast is best	183
El posparto	184
La cultura del biberón	185
El tejido social en torno a la maternidad	186
Una mirada a la leche	188
El calostro	191
¿Cuánto tiempo?	192
 <b>Segunda parte: Aspectos psicosociales del parto y EL nacimiento</b>	 <b>197</b>
<b>1. Unas palabras acerca de la mortalidad perinatal</b>	<b>199</b>
El contexto	208
Obstetricia, la ley del miedo	213
El efecto nocebo del cuidado perinatal	216
Sobre la información y el poder	218
<b>2. Buen trato, mal trato</b>	<b>227</b>
<b>3. A propósito del vínculo</b>	<b>237</b>
La importancia del apego	237
La impronta de la especie más inteligente	239
¿Existe el vínculo prenatal?	242
El poder moldeador de la madre gestante	244
El vínculo con la madre, el vínculo con la vida	249
Y cuando nace, ¿«de quién» es el bebé?	253
<b>4. Una nueva visión del viejo acontecimiento de nacer</b>	<b>263</b>
Una lectura diferente de los instintos	263
La salud primal	266
La voluntad de vivir	267

Trauma de nacimiento y carácter	271
Una experiencia cumbre	276
<b>5. Obstetricia y sociedad</b>	<b>287</b>
Nacimiento y cultura	287
Hormonas del amor	288
Nacimiento y crianza	295
La violencia infantil y juvenil	299
<b>6. Nacer en Europa</b>	<b>305</b>
Parir en Inglaterra	306
La atención al parto en Holanda	309
Dar a luz en Noruega	312
<b>7. La transición</b>	<b>323</b>
Tecnologías apropiadas	323
Sobre el poder y las leyes	325
La resistencia al cambio	335
El plan de parto	337
Los profesionales por el cambio	338
De derechos y responsabilidades	343
<b>8. El futuro ya está aquí</b>	<b>347</b>
El Parto es Nuestro	348
Hospitales en proceso de cambio	349
Pasos para una ecología del nacimiento	358
<b>Epílogo</b>	<b>363</b>

## Agradecimientos

Este libro no sería lo que es sin la participación directa de muchas personas.

Agradezco profundamente la generosidad con la que tantas mujeres me han permitido incluir sus reveladoras experiencias a lo largo del texto, tanto las que han preferido permanecer en el anonimato como las que no, entre estas últimas Núria Vía, Asunción Antón, Cecilia Díaz, Francisca Fernández Guillén, Ángela Álvarez, Inma Grass, Carolina Blas, Cossy (México), M<sup>a</sup> Àngels Claramunt, Cristina López, Cristina Galdo, María Isabel Herrera, Carmen Martínez, Gabriela Cob (Costa Rica), Meritxell Vila, Sara Cué, Gabriela Alberoni (Argentina), Neus Yll, Ana María Rojo y Rebecca Romero

También agradezco la confianza de tantos profesionales implicados con el cambio que han querido compartir su experiencia: Blanca Herrera, Inma Marcos, Roser Gallardo, Noelia Benito, Claudia Alonso (Argentina), José Ignacio Matute. Cada uno de ellos aporta matices que permiten comprender la complejidad de la situación que viven los profesionales que trabajan dentro del sistema.

A Coks Feenstra, Begoña Freijeiro, Mireia Marcos y Carina López Ballester les agradezco su colaboración en el capítulo «Nacer en Europa».

La decisión de revisar y actualizar este libro se debe en gran parte al estímulo de las personas que día a día participan en las listas Apoyocesáreas y El Parto es Nuestro, a su espíritu abierto e inquisitivo, su generosidad, su inconformismo y su búsqueda de la verdad.

Debo mucho también a todos aquellos autores cuya lucidez me ha inspirado y ampliado mi visión: Michel Odent,

Christianne Northrup, Vandana Shiva, Joseph Chilton Pearce, Gro Nylander, Marcos Leites dos Santos, Henci Goer, Consuelo Ruiz-Velez Frías, Casilda Rodrigáñez, Clarissa Pinkola.

A Francisca Fernández, Ibone Olza, Angeles Hinojosa y Carlos Fresneda les agradezco su amistosa influencia en mi vida, que ha contribuido directa o indirectamente a que emprendiera esta aventura; a Enrique Lebrero y Consuelo Catalá su apoyo a la edición original, y a Marina Granica su confianza inmediata en este nuevo proyecto.

Doy gracias a la vida por tener a mis maravillosas hijas Irene y Lucía, que llenan mi vida de amor y de humor, a María Leonor Torres por su inestimable apoyo logístico, y a mi hermana Beatriz por su sabiduría e incondicionalidad.

## Prólogo a la edición

Enseñé el libro de Isabel Fernández del Castillo a una amiga ginecóloga china. Su reacción inmediata fue: «¡Qué revolución! En efecto, mientras nuestros abuelos nacían por vía vaginal, hoy en los hospitales que conozco en Cantón, la mayoría de los bebés nace por cesárea. ¡Qué seguridad!». Tuve que recurrir a grandes explicaciones para convencer a mi interlocutora de que la revolución a la que se refiere Isabel es completamente distinta... una revolución apenas esbozada, todavía casi invisible. La dificultad era hacer comprender la razón de ser de esta otra revolución.

Este ejemplo ilustra de forma elocuente las direcciones opuestas en las que la historia del nacimiento puede embarcarse. Para comprender la naturaleza del dilema sin precedentes al que se enfrenta la humanidad, hay que referirse a dos fenómenos que se están desarrollando paralelamente.

- Por una parte, la cesárea se hace cada vez más segura. Es por lo que muchos están ya convencidos de que, en un futuro próximo, la cesárea se convertirá en todo el mundo en la manera más habitual de tener un bebé. Esta predicción es lícita si no se toman en consideración más que los criterios convencionales de evaluación de las prácticas obstétricas, que son la mortalidad y morbilidad perinatal, la morbilidad maternal, la relación coste-eficacia, etc.
- Por otra parte, una gran cantidad de datos proporcionados por diversas disciplinas científicas nos muestra que

la capacidad de amar se desarrolla en gran medida en el período que rodea el nacimiento.

Este dilema plantea la necesidad de introducir nuevos criterios para evaluar cómo nacen los bebés, y nos invita a pensar a largo plazo y en términos de civilización. Tomar en consideración esta perspectiva nos da nuevas razones para perturbar lo menos posible los procesos fisiológicos del nacimiento y, por tanto, para leer y releer *La revolución del nacimiento*.

MICHEL ODENT



## Introducción

Muchos son los manuales sobre preparación para el parto a disposición de las mujeres embarazadas, muchos muy buenos. En ellos se nos explica qué nos sucede durante el embarazo, qué podemos sentir, qué debemos hacer, qué se espera de nosotras. La mayoría son libros escritos por profesionales para las mujeres. Este no es uno de ellos. Podríamos decir que es, en cierto modo, lo contrario. Trata de cómo vemos, sentimos, experimentamos las mujeres la asistencia que se nos da a la hora de dar a luz en España, y también en muchos países de Latinoamérica. Es, en cierto sentido, la voz de las mujeres.

Aquí se expone la realidad de lo que sucede en el ámbito de la atención al parto desde la óptica de quien lo vive, reivindicando la experiencia y la intuición de las madres como un legítimo modo de conocimiento, como una fuente fiable de información acerca del funcionamiento del sistema. Todas las experiencias aquí recogidas son reales, escritas en primera persona. No son historias extrañas ni únicas, sino frecuentes y representativas de lo que sucede todos los días. También se incluyen testimonios de experiencias positivas que constituyen una referencia de lo que ocurre cuando la madre y el bebé son el eje de la asistencia y los protagonistas de su parto y nacimiento.

Cada día más personas reclaman una asistencia sanitaria más humana y respetuosa con las mujeres y sus bebés, con la fisiología del parto y el nacimiento, con los aspectos emocionales y espirituales del acontecimiento. Muy a menudo, desde el sistema se nos replica que podemos dar gracias por no vivir en países donde el «parto natural» entraña un alto riesgo de mortalidad. Por algún motivo, casi siempre se

menciona África. A las mujeres eso nos parece una salida demasiado fácil y poco realista. No tiene sentido que se comparen nuestras tasas de mortalidad y morbilidad perinatal con las de países con cifras elevadas por múltiples motivos ajenos al parto: desnutrición, falta de agua potable y de higiene, sida, guerras endémicas, falta de métodos anticonceptivos, una salud sexual y reproductiva minada por las ablaciones y las violaciones...

Pero en cambio nos gustaría que se comparase nuestro sistema sanitario con el de otros países que, a pesar de ofrecer a las mujeres una asistencia al parto no medicalizada, tienen unos resultados en materia de salud mejores que los nuestros. No en términos de mortalidad perinatal, que son equiparables, pero sí en términos de satisfacción de las familias, de respeto a la dignidad de los protagonistas del parto, de salud física y emocional de las madres y sus bebés. Hablamos de países con una mayor tradición democrática y de respeto a los derechos civiles y de las mujeres; países como Holanda, Inglaterra, Noruega, Suecia, Alemania... cuyos sistemas sanitarios asisten a las mujeres como si fueran ciudadanas de primera y el parto fuera suyo.

En España, de momento, continúa predominando una visión del parto patológica, intervencionista y jerárquica, en la cual se espera que las mujeres deleguen dócilmente el dominio de su cuerpo y su capacidad para parir en manos ajenas, que se encargarán de sacar al bebé con la ayuda de máquinas, productos químicos e instrumentos. Y esto independientemente de que a las madres les parezca bien o no, de que sea o no necesario. «Tú no te preocupes por nada, ya nos encargamos nosotros», se les dice. El funcionamiento de los servicios de atención al parto se basa en la subordinación de la mujer al sistema, constituyendo de hecho un ámbito de dominación, represión y violencia hacia la mujer y también hacia el bebé. Así, cada hospital se convierte en un reino de taifa, y las parejas que quieren un parto respetado tienen que dedicar meses a averiguar cuál es el sitio más adecuado o menos malo para conseguir la atención que desean. Mientras tanto, el parto en casa sigue en constante aumento.

Es suficiente leer unas cuantas historias de partos hospitalarios y de partos respetados para observar que la atención que se presta a las mujeres y los bebés, tanto en España como en Latinoamérica, está basada en creencias y principios en su mayoría obsoletos y en franca contradicción con lo que recomienda la Organización Mundial de la Salud. Aquí la mayoría de los centros hospitalarios no adapta su servicio a las necesidades de las madres y de sus bebés, sino que los obligan a adaptarse a su particular, mecanicista y paternalista visión del parto. En otros países más avanzados, la atención al parto se centra en preservar y favorecer la fisiología del mismo, y el profesional no interviene a no ser que exista un buen motivo. Cualquier práctica que se realice debe ser justificada. En España sucede lo contrario. Lo habitual es aplicar a todas las mujeres y bebés la batería de rutinas establecida por el protocolo, independientemente de que lo necesiten o no, dándose la absurda circunstancia de que es el profesional que no ve la necesidad de intervenir el que está obligado a justificar por qué.

La realidad es que la mujer que ingresa de parto en un hospital convencional sufre automáticamente un proceso de infantilización, por el cual derechos fundamentales reconocidos por la Constitución y por las leyes sanitarias caen en un misterioso agujero negro. De manera que mujeres perfectamente saludables, mayores de edad y en plena posesión de sus facultades mentales son privadas de derechos tan elementales como elegir con quién desean estar, qué postura adoptar en cada momento, beber un vaso de agua si tienen sed o comer algo si tienen hambre. También son despojadas del derecho a disponer de información actualizada, a tomar decisiones con respecto a su parto, a producir sus propias hormonas para dar a luz a su bebé, a que no se corten sus genitales gratuitamente, a tener a su bebé consigo todo el tiempo y que no se le den biberones a sus espaldas. La forma actual de proceder de los hospitales difícilmente resistiría un análisis desde el punto de vista de los derechos humanos, y menos aún desde una perspectiva de género.

Sería suficiente con que se respetaran rigurosamente los derechos del usuario reconocidos en las leyes sanitarias para

que los servicios materno-infantiles salieran de su actual inmovilidad. La parturienta, además, es la única usuaria que en principio no es una «paciente», sino una mujer sana en un proceso saludable que, en la mayoría de los casos, no requiere «tratamiento» alguno. En la práctica, la forma en que se imponen unilateralmente las prácticas de rutina en el paritorio vulneran los derechos reconocidos en la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente (2002). El consentimiento informado, instrumento legal cuya función es implicar al usuario en la toma de decisiones que le afectan, en la práctica pocas veces cumple esa función, ya que la información es sesgada y favorable al sistema, y raramente se ofrecen otras opciones a las mujeres cuando no desean someterse a dichas intervenciones. En la práctica, el consentimiento informado sirve fundamentalmente para liberar de responsabilidad a los profesionales. El hecho es que a muchas mujeres se les practican intervenciones que no desean, cuyos efectos secundarios están ampliamente probados y que han dejado de practicarse en muchos otros países.

Las mujeres españolas sentimos perplejidad cuando conocemos cómo dan a luz otras europeas, y entonces nos damos cuenta de que la intuición de que algo «no encaja» tiene su razón de ser. En otros países, la mujer de parto no da a luz en la atmósfera fría y disuasoria de los paritorios españoles. Por el contrario, lo hace en una agradable y confortable habitación, ya que, como bien dice Sheila Kitzinger: «Dar a luz es un íntimo acto de amor, y el lugar adecuado para hacerlo es un lugar donde uno podría hacer el amor». En Europa no se hace rasurado, ni enema, ni rotura de bolsa y los tactos se reducen al mínimo. Las madres disfrutan de libertad de movimientos durante la dilatación y no conocen esa reliquia de pasados más misóginos llamada «potro obstétrico». Tampoco se administra oxitocina sintética para acelerar el parto, a menos que sea imprescindible, ya que hace el parto más doloroso y entraña más riesgos para el bebé. Todo esto motiva que la anestesia epidural se utilice mucho menos.

Además, las madres tienen acceso a formas agradables y no medicalizadas de afrontar el dolor: darse un baño, recibir

un masaje, sentarse en grandes pelotas de goma... Cada mujer puede cambiar de postura tantas veces como desee y adoptar la que le resulte más cómoda para dar a luz a su bebé: en el taburete obstétrico, en cuclillas, a cuatro patas, de lado, en la bañera, de rodillas apoyada en la cama. La episiotomía no se practica, a no ser que sea imprescindible, ya que se considera en sí misma un desgarro grave. Las madres están acompañadas constantemente por la persona que desean, y conocen de antemano a las matronas que las van a atender. Esto es muy importante para evitar «sorpresas», ya que una mujer que no se siente emocionalmente segura, o a la que se trata de forma desconsiderada y displicente, no puede evitar literalmente «cerrarse». El respeto a la intimidad y a la dignidad de la familia se cuida de una forma activa, por lo que nadie puede entrar en la habitación y mucho menos tocar o hacer un tacto a la parturienta sin su consentimiento expreso. La libertad de expresión aquí no está limitada a los artistas o los periodistas: las madres también pueden expresarse, quejarse o gritar. También pueden beber y comer cosas ligeras, algo habitualmente prohibido en las maternidades convencionales y que causa tanta incomodidad. Eso no impide tener acceso a un moderno quirófano en caso de necesidad, aunque en estas circunstancias el riesgo de complicación se reduce considerablemente. Muchos países también ofrecen la opción de dar a luz en casa, atendida por una comadrona de la Seguridad Social.

Tampoco se ven esas prisas por cortar el cordón umbilical y llevarse al bebé a observación, especialmente si ha habido sufrimiento fetal y el bebé necesita urgentemente sangre oxigenada. ¿Acaso hay transfusión más inmediata que la propia sangre que circula por el cordón? El bebé permanece con su madre desde que nace y se respeta al máximo su intimidad para que se establezca el vínculo madre-hijo, ese maravilloso lazo amoroso que tan importante papel juega en la vida de todo mamífero... incluidos nosotros.

Dice Michel Odent que de las muchas preguntas que se hacen los estudiantes de obstetricia, hay una que continúa ausente de los planes de estudios en ciertos países. Esa pregunta es: ¿Cuáles son las condiciones idóneas para un parto fluido? o

¿cuáles son las necesidades reales de las mujeres de parto? Una pregunta inocente... pero solamente en apariencia. En realidad, es una pregunta insólita, en la medida en la que cuestiona un sistema de asistencia que simplemente no tiene en cuenta que el cuerpo femenino, además de gestar un bebé, tenga previsto parirlo. Dicho de otro modo, la obstetricia convencional parece obviar el hecho de que el parto tiene una fisiología propia y de que cada mujer y cada bebé tienen el derecho de parir y nacer gracias a esa fisiología, siempre que sea posible.

El parto es un acontecimiento involuntario, dirigido por el cerebro mamífero primitivo. No se puede «ayudar» a que se produzca un proceso involuntario, igual que no se puede «ayudar» a otra persona a dormirse, tan solo pueden crearse las condiciones idóneas para que se produzca espontáneamente. No es posible atender dignamente a una mujer parturienta sin comprender la verdadera naturaleza del parto: es un acontecimiento involuntario, tanto como el orgasmo o el sueño, solo que más complejo. Todos sabemos lo que ocurre cuando uno trata de controlar o dirigir mentalmente estos procesos: simplemente no ocurren. El parto es dirigido por la hormona oxitocina, cuya secreción queda bloqueada por la adrenalina, hormona del estrés. Y las condiciones en que transcurre el parto en los modernos hospitales incrementan notablemente la secreción de adrenalina. El conflicto entre la adrenalina y la oxitocina es el primer escollo de la asistencia al parto y, a su vez, confirma la creencia subyacente de que si no se hace algo, el niño no sale.

Una vez inhibido el parto, se hacen «científicamente» justificables todo tipo de prácticas para sustituir la función de una naturaleza que en estas condiciones, obviamente, no funciona: estimulación con oxitocina, episiotomía, anestesia, fórceps, cesáreas... se sustituye un proceso natural sofisticado y sabio por un conjunto de técnicas encaminadas a rescatar a la madre y al bebé de la situación creada. Y también para someter un proceso con un tempo propio al ritmo arbitrariamente establecido por el protocolo. De esa forma, la creencia de la obstetricia en la «dificultad» de nacer se confirma mediante el entorpecimiento del parto que su intervención provoca.

Al contrario que en España o Latinoamérica, los servicios de atención al parto en Europa han cambiado considerablemente en los últimos años, en gran parte como consecuencia de la aplicación de las recomendaciones que la Organización Mundial de la Salud ha ido publicando en los últimos veinte años.

Las primeras de estas recomendaciones para el cuidado del parto normal datan del año 1985 y fueron el fruto de varios años de trabajo para evaluar la calidad de la atención al parto en diversos países europeos. Publicado con el título «Tener un hijo en Europa», el estudio concluía: «No más de un 10 por ciento de los procedimientos rutinarios utilizados en la asistencia al nacimiento en los servicios oficiales ha pasado un examen científico adecuado». El informe explicaba también cómo se había llegado a esa situación de falta de contacto con la realidad:

Medicalizando el nacimiento... el estado de la mente y el cuerpo de la mujer se alteran tanto que la forma de realizar este acto íntimo también debe quedar alterada, al igual que el estado del recién nacido. El resultado es que ya no es posible saber cómo hubieran sido los nacimientos antes de estas manipulaciones... Por lo tanto, los proveedores de los servicios de natalidad no tienen un verdadero criterio para calibrar su asistencia.

Dicho de otro modo, y según se desprende del informe, la atención medicalizada al parto no solamente carece de sistemas adecuados de autocontrol de calidad, sino también de las referencias necesarias para evaluar sus prácticas, ya que la mayor parte de los profesionales solo conoce cómo evoluciona el parto una vez «controlado», es decir, alterado, pero no cuando evoluciona de forma fisiológica, sin interferencias. La realidad es que prácticas concebidas para resolver problemas en los casos de riesgo (un 10 por ciento según la OMS) se convierten en creadoras de riesgo cuando se aplican de forma indiscriminada a mujeres que no las necesitan.

Exceptuando Holanda, que nunca medicalizó el nacimiento gracias a que las comadronas siempre conservaron su autonomía, para los demás países fue una sorpresa encontrarse con unas recomendaciones que parecían un manual de parto natural. Y es que los estudios que evaluaban las prácticas de rutina en el paritorio arrojaban datos que echaban por tierra mitos arraigados como que la episiotomía previene desgarros, que la postura natural de parto es la horizontal o que la cesárea es la forma más segura de dar a luz.

Como consecuencia de estas recomendaciones y de las reivindicaciones de asociaciones de mujeres y de matronas, la mayoría de países europeos ha ido modificando sus protocolos hospitalarios y los planes de estudio para adecuarlos a esta renovada y al mismo tiempo intemporal concepción del parto como algo natural y con fisiología propia. Para ello, fue necesario modificar la relación de poder que atribuía a la mujer el papel de receptora pasiva de prácticas sobre las que no tenía ninguna opción de decidir, y devolverle su poder y su derecho a dar a luz con respeto y con dignidad, con su cuerpo y con su alma.

## España, a la cola

Aunque en muchos otros aspectos hemos progresado considerablemente, la sanidad española ha quedado al margen de esta tendencia desmedicalizadora europea, alineándose más con Sudamérica, algunos de cuyos países tienen los más altos índices de medicalización y de cesáreas del mundo. Su principal progreso se ha centrado en el control del dolor, con la generalización de la epidural, que cumple la importante función de insensibilizar a la parturienta y hacer soportable lo que de otro modo sería insoportable.

Lo que ocurre con la epidural es muy interesante. Considerada una conquista femenina, su uso se incentiva incluso políticamente, estableciendo los hospitales unos objetivos mínimos de aplicación que se consideran indicativos de una buena calidad de la asistencia. Pero cada vez más profesio-



nales son conscientes de sus efectos secundarios y procuran incidir en las causas del incremento artificial del dolor (posición, oxitocina, episiotomía...). De esa forma, los profesionales que brindan una atención más respetuosa y presentan unos índices de uso de la epidural más bajos, se encuentran con la paradoja de estar incumpliendo los «objetivos» marcados por la dirección del hospital, lo que repercute negativamente en la valoración de su trabajo.

El desfase entre la calidad de la atención al parto en España y otras regiones europeas ha sido motivo de algunas advertencias por parte de la OMS. Si bien nuestras cifras de mortalidad perinatal son similares a las europeas, estas cifras no se hacen eco de la *morbilidad*, esto es, de las lesiones y efectos secundarios generados por esas intervenciones, ni tampoco del sufrimiento de las mujeres y los bebés por una atención al parto innecesariamente cruenta y que les impide vivir la experiencia cumbre del nacimiento.

Este alto grado de intervencionismo está en el origen de nuestra alta tasa de cesáreas, episiotomías y otras intervenciones, que exceden lo considerado recomendable por este organismo y por la medicina basada en la evidencia. Pero además está el hecho de que las cifras no dejan de ser lo que son, simples cifras que no dan cuenta de las secuelas físicas, psicológicas y sociales consecuencia del parto tecnológico: dificultades para vincularse con el bebé, problemas con la lactancia causadas por partos prematuramente inducidos o separaciones injustificadas de madre y bebé, dificultades sexuales derivadas de la episiotomía, depresiones posparto y síndromes postraumáticos como consecuencia de partos que han causado traumas o de cesáreas que no hacían falta, secuelas de la privación afectiva en bebés prematuros privados del método madre canguro...

Otros países en Europa han conseguido cambiar radicalmente el funcionamiento de sus servicios de maternidad, algunos desde posiciones tan medicalizadas como España. En realidad, desmedicalizar el nacimiento es una aventura apasionante, que sin duda compensaría con creces a los profesionales de la pérdida de poder que supone bajarse del pedestal. Y

una de las compensaciones más obvias es, sin duda, liberar su trabajo de la sombra constante de la denuncia. Muchos profesionales todavía no se han dado cuenta de que al acaparar todo el poder, también asumen toda la responsabilidad. Es un pez que se muerde la cola y que tiene por nombre *medicina defensiva*.

Algo se mueve, es indudable, pero es importante no perder de vista cuál es el objetivo final, que es brindar a las mujeres y a sus bebés una atención absolutamente respetuosa con su dignidad y su derecho a la libertad de elección, con su naturaleza y fisiología, con los aspectos emocionales del nacimiento, con el vínculo que une a madre y bebé. Todo ello dentro de una relación de igualdad y respeto mutuo entre profesionales y usuarios. Indudablemente hay mucho camino por delante, mucha labor de desaprendizaje y reaprendizaje, muchos pasos intermedios. Pero no debemos perder de vista el riesgo que supone instalarse en uno de esos pasos intermedios o, lo que es lo mismo, cambiar tres cosas para que lo esencial permanezca igual. Un cambio relativo es, por ejemplo, sustituir el potro obstétrico por un sillón articulado que mejore el confort de la parturienta, si la utilización de dicho sillón es obligatoria y no opcional, si ella continúa ocupando una posición pasiva y no activa y se le practican intervenciones innecesarias. Igual ocurre con el hecho de que la mujer dé a luz en su habitación o de que dicha habitación sea redecorada para que parezca más hogareña, si la parturienta continúa subordinada al protocolo y al personal que le atiende. No es un gran cambio tampoco, sino un paso intermedio, que un hospital disponga de un protocolo de parto natural solamente para las mujeres que lo soliciten, pero no disponga de personal preparado suficiente, y continúe sometiendo a las demás a prácticas innecesarias y nocivas, por mucho que les parezca «de libro» después de haber asistido a las clases de preparación para el parto.

Aquí se recogen muchas experiencias, pero faltan algunas: la de los bebés, el eslabón más débil de la cadena. Cualquiera que piense que tratar bien a los bebés y permitirles la mejor experiencia posible de nacimiento es simplemente una cuestión sentimental, se equivoca. El derecho a un nacimiento suave, a

una acogida cálida y amorosa, la necesidad de no romper el vínculo madre-bebé creado durante la gestación, son algo más que una cuestión sentimental. La manera de nacer tiene una profunda influencia sobre los individuos y sobre la sociedad. Cada vez más estudios, tanto psicológicos como antropológicos, están poniendo de manifiesto la relación existente entre el nacimiento y la crianza y la cultura resultante. Los pueblos que respetan la necesidad del *continuum* del vínculo madre-hijo son pacíficos, amorosos y tienen una extraordinaria capacidad para convivir en paz. No necesitan establecer relaciones de poder para compensar el vacío que nace de la carencia afectiva, de un nacimiento y una crianza separados.

Las tradiciones y consignas encaminadas a debilitar el vínculo madre-bebé pertenecen a otros tiempos en los que la supervivencia estaba ligada a la capacidad de ser más agresivos que el enemigo. Y la mejor forma de desarrollar esa capacidad era moderando la de amar en el momento en que esta se desarrolla, que es el período que rodea al nacimiento y la etapa primal. Como dice Michel Odent: «En el siglo de la concienciación ecológica, las prioridades del pasado están obsoletas, invertidas incluso. La consigna hoy es parar la destrucción de la biosfera y preservar una actitud positiva hacia la vida. Las crueldades hacia el recién nacido ya no tienen ningún sentido».

ISABEL FERNÁNDEZ DEL CASTILLO



## El nacimiento de los mamíferos

Dice Michel Odent que estamos tan obsesionados con lo que nos distingue de otras especies, que hemos olvidado aquello que tenemos en común. Y a la hora de parir, es mucho más lo que compartimos con otras especies mamíferas que lo que nos separa.

Recientes investigaciones han demostrado que compartimos cerca de un 99 por ciento de nuestros genes con el chimpancé. Ese 1 por ciento restante tiene sin duda que ver con esa parte del cerebro que es específicamente humana y nos hace más inteligentes: la corteza cerebral. Esa parte del cerebro que nos permite pensar, decidir e incluso equivocarnos, pero que en el momento de dar a luz, corre el riesgo de complicarnos la vida, no solamente porque una cabeza grande hace el parto de los humanos más difícil, sino también porque pensar tiene sobre el parto el mismo efecto que sobre el sueño: lo impide.

### Tres cerebros en uno

En el pequeño reducto del útero materno, y en el corto espacio de nueve meses, el feto atraviesa durante su gestación cada fase de la evolución de las especies animales. Desde el momento de la concepción, el feto va tomando sucesivamente la forma de renacuajo, de pez, de reptil y de mamífero, hasta llegar a su forma humana, recapitulando, en el corto espacio de nueve meses, la historia biológica de la vida animal. El medio acuático en que se desarrolla, el líquido amniótico, de un sorprendente parecido con el agua de mar, parece a su vez

querer recrear el medio de donde surgió la vida en nuestro planeta: el océano.

La naturaleza no da saltos en el vacío, y siempre desarrolla las formas más complejas de vida sobre la base de las anteriores. Y el ser humano es el último eslabón de una compleja evolución iniciada hace millones de años. Desde el punto de vista del desarrollo del cerebro, la corteza cerebral o neocórtex, sede de nuestra inteligencia, es el fruto de un avance evolutivo realizado sobre la base de estructuras cerebrales anteriores, que compartimos con los animales.

De acuerdo con las investigaciones de McLean, el cerebro humano tiene tres niveles: el cerebro reptiliano, el cerebro mamífero primitivo (sistema límbico) y el cerebro mamífero superior o neocórtex. Cada uno de ellos se superpone al anterior, tanto en el orden de su aparición a lo largo de la evolución, como en el espacio del cráneo y en la naturaleza de sus funciones. Cada una de las tres estructuras tiene unas funciones específicas y juega un papel en la determinación de la conducta. Pueden actuar independientemente, en sentido horizontal, o integradamente, en sentido vertical.

El cerebro reptiliano (sistema R) es el más primitivo sistema de adaptación a nuestro cuerpo y al mundo; coordina nuestro sistema nervioso sensitivo-motor y almacena la información adquirida por las estructuras cerebrales superiores, permitiendo su funcionamiento automático. Los ámbitos en que actúa este cerebro están ligados a la supervivencia: alimento, cobijo, mantenimiento de la especie (sexo) y territorio.

Incorporado en una fase evolutiva posterior, se encuentra el cerebro mamífero primitivo. Es el cerebro emocional o sistema límbico, y está dotado de unas funciones más amplias, que comparten todas las especies mamíferas. Los instintos básicos del cerebro reptiliano se incorporan a esta nueva estructura, dando lugar a un universo más rico de emociones y a una forma de inteligencia intuitiva. Del cerebro emocional depende la capacidad de crear vínculos emocionales y posteriormente sociales: madre-bebé, niño/a-familia, niño/a-sociedad, hombre-mujer, etc. El sistema límbico rige las emociones

y tiene profundas implicaciones en la salud, sistema nervioso, endocrino, etc. Lejos de ser «inferior», el cerebro emocional es precisamente el que articula e integra las facultades intelectuales propiamente humanas con las pulsiones más básicas e instintivas que residen en nuestro cerebro reptiliano (supervivencia-reproducción-territorio). La «inteligencia emocional», ese importante aspecto de la inteligencia recientemente descubierto, está ligado precisamente a este cerebro mamífero primitivo.

La existencia de este cerebro explica los diferentes comportamientos entre las especies mamíferas y no mamíferas. En las primeras, los recién nacidos se apegan inmediatamente a su madre, que les cuida y alimenta mientras son pequeños, asegurando de ese modo su supervivencia. Quien tenga mascotas en casa o haya observado a grupos familiares animales en documentales o zoos, verá inmediatamente que el vínculo que une a las crías con sus madres es intenso y tiene un claro componente emocional. Una mamá delfín es capaz de seguir a su cría atrapada entre las redes de un barco de pesca hasta el mismo puerto, si es necesario, y morir en el intento de rescatarla. El llanto y la tristeza de las crías de gorila, o elefante, o cualquier otra especie mamífera, cuando son separadas de su madre no dejan a nadie indiferente. Es evidente que los mamíferos sienten y, en cierto modo, aman. En las especies no mamíferas, el maternaje es distinto. Los reptiles ponen huevos, pero luego se desentienden de ellos. Toda su conducta es instintiva. En un estadio intermedio, están los pájaros, que ponen pocos huevos pero los cuidan con esmero, llegando a constituir algunas especies parejas estables que duran toda la vida.

El neocórtex, la estructura cerebral que nos hace específicamente humanos, está asentado sobre las dos anteriores. Es la sede del intelecto, del pensamiento, de la creatividad, una superestructura que integra las prioridades y respuestas de los sistemas reptiliano y límbico, lo que nos permite modular y dirigir esos sistemas y utilizarlos para un propósito superior. Todo ello, sin embargo, solamente ocupa una mínima parte de la capacidad del neocórtex. En los seres humanos, la capacidad de sentir, tener emociones, convivir pacíficamente y crear vínculos con

otros seres humanos no depende del cerebro específicamente humano que es la corteza cerebral, sino del cerebro mamífero primitivo. Constituye también el puente entre el cerebro inferior (reptiliano) y el superior (neocórtex), asegurando que las prioridades de uno y otro se integren y armonicen, o dando preferencia a uno u otro en función de la situación.

## El parto de la especie más inteligente

Hay quien piensa en el parto como en un acontecimiento de «alta tecnología», un proceso controlable por la mente racional, propia o ajena. La realidad, sin embargo, es otra. Dar a luz es un acontecimiento sexual, un acontecimiento amoroso, y también un proceso instintivo, involuntario, totalmente dirigido no por la corteza cerebral, sino por el cerebro mamífero primitivo. El neocórtex, la mente racional, ejerce sobre la evolución del parto el mismo efecto que podría tener sobre, por ejemplo, el sueño o el sexo: inhibirlo.

El equilibrio hormonal de la parturienta es muy delicado. El cóctel de hormonas que se produce durante el parto tiene entre otros el efecto de dejar el intelecto «en reposo», si se dan las condiciones adecuadas. Esto da lugar a un estado de consciencia especial, como de estar «en otro planeta», que es esencial para que el parto progrese. La pretensión de dar a luz «desde la cabeza», propia o de los asistentes, es sin duda el origen de gran parte de las dificultades de las mujeres para dar a luz en un hospital. Una concepción mecanicista del parto como de un proceso controlable desde fuera, en la que el cuerpo de la mujer es el «campo de trabajo» de otros, tiene el efecto de mantener a la mujer a la defensiva y a su neocórtex en activo, dificultando su conexión con su cuerpo, sus emociones, su instinto y, por tanto, la evolución del proceso. En tiempos remotos de la humanidad, e incluso ahora en algunas tribus, la mujer se ocultaba y paría sola. En los pueblos en los que esto era tradicional, el parto era considerado algo fácil. Bartolomé de las Casas hablaba en sus escritos de cómo las mujeres indígenas parían fácilmente y sin dolor.



Los experimentos realizados por Niles Newton con animales de laboratorio han puesto de manifiesto que la necesidad de unas condiciones ambientales determinadas para parir es una constante en todas las especies mamíferas. Sus estudios han permitido constatar cuáles son las circunstancias que dificultan el parto de las hembras: parir en un sitio no familiar, ser trasladadas de un lugar a otro durante el parto, obligarles a parir con observadores y en un entorno fuertemente iluminado... Hoy en día, este conjunto de circunstancias (presencia de observadores, fuerte iluminación, entorno inhóspito, etc.) es el habitual en los paritorios. En el caso del parto humano, esos observadores, además, están situados en una posición de control sobre la situación. Como consecuencia, la madre incrementa su producción de adrenalina y su neocórtex resulta estimulado, convirtiéndose el parto en algo mucho más laborioso y lento.

## La cruda realidad

En los hospitales, la atmósfera que rodea a la parturienta está lejos de satisfacer esta necesidad fundamental de intimidad y de seguridad emocional. El objetivo de la obstetricia convencional no difiere del de todas las ciencias: el dominio de las fuerzas de la naturaleza. El objetivo de este tipo de servicios es el control del parto.

La mayoría de las prácticas habituales en los paritorios hoy en día es fruto de la concepción mecanicista de que los procesos naturales pueden controlarse. No se ha tenido en cuenta, sin embargo, que el parto es un proceso involuntario, tan involuntario e incontrolable como puede ser el orgasmo o el sueño, solo que infinitamente más complejo, sutil y arriesgado, cuando se entorpece. Cuando un proceso involuntario se intenta controlar, simplemente se inhibe. Y cuando un proceso natural se inhibe, se hace más difícil, más lento, más complicado. En el caso del parto, eso quiere decir más peligroso y, por lo tanto, más susceptible de requerir atenciones médicas especializadas: anestesia, fórceps, cesáreas, etc. Las rutinas

hospitalarias (rasurado, enema, rotura de bolsa, posición tumbada, oxitocina, episiotomía, prohibición de comer y beber...), aplicadas de forma rutinaria y sin necesidad, ponen a la parturienta en unas condiciones muy difíciles: la mujer se siente desprotegida, vulnerable, a merced de la buena voluntad de otros. En estas condiciones, determinadas intervenciones pueden ser vividas incluso como una agresión.

En realidad, es más fácil comprender cuáles son las necesidades de las mujeres de parto reflexionando acerca de otros estados de consciencia diferentes de la vigilia: el sueño y el orgasmo. Las condiciones idóneas para parir no son diferentes del ambiente necesario para hacer el amor o para dormirse. Son tres estados de consciencia diferentes del habitual, en los que cualquier estímulo que ponga en marcha la actividad del neocórtex, o implique ponerse a la defensiva, los convierte en «misión imposible»: pensar, hablar, discutir, negociar, luces potentes, ruidos, sentirse observado, sentirse agredido... ¿Quién puede dormirse o hacer el amor en estas condiciones?

Así, las principales necesidades de la mujer de parto no tienen que ver con las altas tecnologías. Son tan sencillas como disponer de un espacio confortable, acogedor y caldeado, apoyo emocional discreto que le haga sentirse segura sin ser observada, dirigida o juzgada; luces tenues, silencio; mínima estimulación intelectual, personal asistente discreto y respetuoso, que no pretenda dirigir el parto sino únicamente estar disponible; uso estrictamente imprescindible de maniobras (exploraciones vaginales, seguimientos, etc); libertad de la parturienta de elegir y cambiar de postura, libertad e intimidad para manifestar su dolor y sus emociones; intimidad y tiempo para encontrarse con su bebé recién nacido.

Estas condiciones son las que permiten a la madre entrar en un auténtico estado alterado de conciencia, fruto de complejas reacciones hormonales, que le permite sintonizar con su instinto y con su poder para dar a luz. El cóctel de oxitocina y endorfinas favorece el cambio de consciencia necesario, y las endorfinas disminuyen y cambian la percepción del dolor. Sea cual sea el motivo, si la mujer entra en estado de estrés, el equilibrio hormonal del parto se altera, por lo que cualquier interven-

ción externa inadecuada que impida a la mujer vivir ese estado especial de conciencia puede ser contraproducente.

Dice Michel Odent que es suficiente preguntar a una pariturienta su número de la Seguridad Social para que el parto se interrumpa: la corteza cerebral inhibe los delicados mecanismos del cerebro primitivo y lo interrumpe. El mismo efecto inhibitor producen las actitudes autoritarias, el lenguaje puramente racional o irrespetuoso, la presencia de observadores, los tactos vaginales constantes, las luces potentes, los ruidos... la mujer se siente incompetente y piensa que «no sabe parir», que «no dilata». Se siente agradecida cuando le salvan del trance mediante epidural o cesárea.

## El recién nacido también es un mamífero

Si la obstetricia no ha comprendido cuáles son las necesidades reales de las mujeres de parto, tampoco ha comprendido bien cuáles son las de los bebés.

Tradicionalmente se ha dado muy poca importancia a los aspectos psicológicos de la etapa perinatal y primera infancia. Tanto es así que hasta hace relativamente poco, a los bebés se les operaba sin anestesia porque se creía que no sentían. Esta suposición se basaba en el hecho de que la corteza cerebral, sede de la inteligencia humana, está escasamente desarrollada en esas etapas. Hoy sabemos que en las etapas tempranas de la vida, lo que se desarrolla son otros niveles del cerebro: el cerebro emocional, que hace de puente entre nuestros instintos básicos y el intelecto. Es la sede de la inteligencia emocional y de la empatía. La compleja, intensa y emocional relación que une a madre e hijo es más que un lazo amoroso, es la base misma del desarrollo de la inteligencia y de la capacidad de amar. Es lo que Rof Carballo llama la «urdimbre»: un lazo íntimo e invisible, pero con un gran impacto personal y social.

El nacimiento y los primeros meses constituyen lo que Michel Odent denomina la «etapa primal»: primera en el tiempo, primera en importancia. Lo que ocurre en los primeros minutos,

días y meses de la vida tiene un profundo impacto en el bebé, no solo física sino sobre todo psíquicamente.

En un parto respetado, el nacimiento se produce en medio de una explosión de júbilo. La madre y el bebé, bañados de hormonas del amor —oxitocina, prolactina, endorfinas—, experimentan un auténtico «flechazo». Si no es distraída, la madre continúa todavía en un estado alterado de conciencia, absolutamente indiferente a todo lo que pasa a su alrededor, en el que sabe intuitivamente qué hacer. Si se le deja actuar espontáneamente, todas sus acciones responden a un programa diseñado por la naturaleza para mantener el vínculo emocional con su bebé, iniciado en el útero, lo que a su vez permite al bebé completar el desarrollo neuronal que debe tener lugar en el momento del nacimiento. Este vínculo será, asimismo, el desencadenante de toda una serie de respuestas espontáneas en ambos que asegurarán el mejor desarrollo de la relación madre-hijo y permitirá además al bebé integrar la vivencia del nacimiento como una experiencia positiva.

Los comportamientos espontáneos de la madre que da a luz en libertad nunca son caprichosos: cuando a las mamíferas de otras especies se les impide realizar el rito de bienvenida, a base de fuertes lametones, lo normal es que ya no reconozcan a su cría y la rechacen. Este primer vínculo con la madre, la impronta, con sus variaciones según las especies, es fundamental para el desarrollo posterior de los recién nacidos y de la relación madre-hijo, con consecuencias para toda la vida. Según ha verificado la psicología perinatal, el primer encuentro del bebé con el mundo extrauterino queda registrado en su memoria, coloreando de alguna forma su visión del mundo y de sí mismo.

Tras un parto sin interferencias, en el que la madre tiene la posibilidad de actuar espontáneamente, esta primero mira a su bebé, que está entre sus piernas. Después lo toca con las puntas de los dedos hasta que poco después ya se atreve y lo coge en brazos. Ese es el momento mágico del primer cruce de miradas. Generalmente, las madres colocan la cabeza del bebé junto al pecho izquierdo. Para el recién nacido, escuchar de nuevo el sonido de los latidos del corazón que le han

acompañado durante tantos meses tiene un efecto sedante y tranquilizador que reduce la producción de hormonas de estrés segregadas durante el nacimiento y, al mismo tiempo, le hace llegar el mensaje de que está a salvo y seguro. El conocimiento de este efecto es antiguo. Es difícil encontrar una representación popular de madre con niño —incluidas las figuras cristiana de la Virgen con Jesús— en la que este no esté sostenido por el brazo izquierdo de su madre. El contacto piel con piel además activa en la madre conocimientos intuitivos que le permiten adoptar las conductas más adecuadas, inscritas en la memoria de la especie, dando lugar a modificaciones en su comportamiento que garantizarán el óptimo desarrollo de la relación con su bebé.

El bebé despierta en su madre un nuevo tipo de inteligencia que le permite responder mejor a sus necesidades. La madre sabe lo que tiene que hacer, y cómo comunicarse con su hijo. Es una sabiduría instintiva y arquetípica que únicamente surge con toda su fuerza cuando la madre tiene la oportunidad de establecer el vínculo con el bebé en ese «período crítico» tras el nacimiento. Este cambio experimentado por la madre incluye una nueva sensación de valía personal, fortaleza física y un conocimiento intuitivo de las necesidades de su hijo/a. La madre actúa de acuerdo con la sabiduría que ha permitido a nuestra especie sobrevivir durante millones de años en condiciones frecuentemente adversas. Vinculándose con su bebé, la mujer se vincula con su propio poder y conocimiento intuitivo.

La primera hora tras el nacimiento constituye además un período crítico para la maduración del sistema nervioso del bebé. Antes de comenzar el parto, su cerebro experimenta un crecimiento neuronal acelerado que lo prepara para el tránsito a la vida independiente y que continúa después del nacimiento. El desarrollo y maduración de las estructuras cerebrales más primitivas —cerebros reptiliano y mamífero primitivo—, iniciada en el útero, continúa tras el parto, a través de una estimulación sensorial y afectiva adecuada.

Los sentidos juegan un papel importante en este proceso de maduración. Escuchar los latidos del corazón de la madre

reduce el estrés del bebé y le hace sentirse a salvo. Pero además supone un estímulo auditivo que es capaz de identificar. El tacto es aún más importante para el bebé, lo que refuerza la necesidad de un primer contacto entre madre e hijo prolongado. Abrazar y acariciar al bebé no solamente es una forma de hacerle sentir que está a salvo, sino de facilitar su desarrollo cerebral. Todos los mamíferos lamen a sus cachorros durante las veinticuatro o cuarenta y ocho horas que siguen al nacimiento, no tanto para «limpiarlos» como para despertarlos sensorialmente y estimular en ellos las terminaciones nerviosas.

El desarrollo sensorial y cerebral que tiene lugar tras el nacimiento continúa con la activación de los sentidos del gusto y del olfato, que también sucede de una forma óptima cuando madre y bebé tienen la oportunidad de estar juntos y actuar espontáneamente tras el nacimiento. El olfato, concretamente, parece desempeñar un papel fundamental en el reconocimiento de la madre por parte del bebé y en la formación del vínculo. Percibir el olor materno ejerce un efecto tranquilizador en el niño. El olor de la madre da seguridad al bebé; por ello, los recién nacidos que duermen en la cama de sus padres se muestran más tranquilos y confiados y lloran menos que los que duermen en la cuna. Y muchas madres, cuando cuentan su parto, hablan del olor de su bebé.

El contacto piel con piel de madre y bebé inmediatamente después del nacimiento permite que tengan lugar otro tipo de comportamientos mamíferos, como los pequeños movimientos que hace el recién nacido para alcanzar el seno de su madre. Siendo el nacimiento el tránsito a una etapa de auténtica «gestación fuera del útero», el pecho de la madre viene a ser la continuidad natural del cordón umbilical. Cuando se dan las condiciones para un encuentro espontáneo, la lactancia comienza antes de los primeros cuarenta y cinco minutos, incluso en mujeres que no tenían intención de dar de mamar. El estímulo que ejerce el niño sobre el pezón desencadena a su vez un proceso hormonal y nervioso que acelera la expulsión de la placenta si aún no se ha producido y contrae el útero hacia su tamaño natural, previniendo de esa manera posibles hemorragias y favoreciendo la producción de calostro y de leche.

Aunque hoy en día ya no se pone al bebé boca abajo ni se le dan azotes en las nalgas, el nacimiento continúa siendo un paso ciertamente difícil para el bebé, cuyas necesidades reales a menudo se desconocen.

Todavía en muchos paritorios, el bebé que nace llega a una sala normalmente demasiado fría en comparación con la temperatura del útero, y que es causante de la primera gran contracción. Los focos que iluminan el perineo de su madre resultarán cegadores para su inmaduro sentido de la vista. Los olores de los productos utilizados en el parto interferirán con los olores maternos que necesita percibir, y los ruidos metálicos de la sala resultarán demasiado agresivos para sus tiernos oídos. Tras el nacimiento, el cordón umbilical se corta inmediatamente obligándole a comenzar a respirar de una manera abrupta. Se le introducirán cánulas por la boca y la nariz a fin de eliminar los restos del líquido amniótico para que en su primera respiración forzada, no los inspire. En cierto sentido, es fácil que el bebé experimente el nacimiento como una auténtica «expulsión del paraíso».

La madre no podrá recibir al bebé como merece. Lo normal es que se tenga que suturar el perineo (episiotomía) o el abdomen (cesárea), de manera que los instantes críticos posteriores al nacimiento se dediquen a labores quirúrgicas. En algunos hospitales, se le da el bebé a la madre nada más nacer. Pero no suele durar mucho, ya que enseguida se lo llevarán para que manos asépticas le practiquen las intervenciones de rigor. En algunos hospitales, el bebé es enviado a «observación» durante horas.

El bebé es devuelto a su madre cuando el momento crítico para el vínculo se ha ido para siempre, y ha pasado su primera hora de vida sumido en el desasosiego, cuando no terror, de la separación. En su primera aparición en escena, no ha habido bienvenida calurosa ni caricias reconfortantes; en su lugar, un trato frío, emocionalmente aséptico. Hay quien todavía piensa que para los bebés eso no tiene importancia. Los numerosos testimonios de experiencias perinatales obtenidas bajo hipnosis

por el doctor Chamberlain indican que no es así: el bebé siente, percibe y sabe muy bien qué es lo que quiere y qué no. Estar en el regazo de su madre es la primera prioridad. Es lo que la naturaleza ha previsto, y lo que todas las madres hacen si se les permite actuar espontánea e instintivamente.

Cuando se observa a los bebés que nacen en un entorno amable y son recibidos por su madre, es fácil constatar que lo que la naturaleza tiene previsto para la ocasión es otra cosa. El cordón umbilical continúa latiendo entre dos y diez minutos después del parto. De ese modo, la respiración se inicia de una forma armónica, no traumática, sin prisas ni angustias, mientras el cordón sigue latiendo. El bebé nace muy despierto mirando todo con ojos muy abiertos y comienza a respirar con su fuente de oxígeno intacta. No hay llanto angustioso. El niño, ya independiente, mira a su madre con serenidad desde su regazo. Muchas madres hablan de ese primer cruce de miradas como del momento más mágico de su vida. Cuando el cordón umbilical deja de latir, ya se puede cortar. A menudo, es el padre el que lo hace.



Para saber más:

---

### Artículos:

- «Primera hora tras el nacimiento.» Michel Odent. Primal Health Research Centre. [www.parto.natural.net](http://www.parto.natural.net)
- «El nacimiento de los mamíferos humanos.» Michel Odent. *Ob Stare* n.º 15, invierno 2004-2005.
- «Biología, reproducción y sociedad de los chimpancés.» Linda Tomassi. *Ob Stare* n.º 15, invierno 2004-2005.
- «La maravilla del vínculo afectivo.» David Chamberlain. *Ob Stare* n.º 6, otoño 2002.

### Libros:

- La mente del bebé recién nacido.* David Chamberlain. *Ob Stare*, 2002.
- El bebé es un mamífero.* Michel Odent. Mandala, 1990.
- Nacimiento renacido.* Michel Odent. Creavida, 1984.
- La científicación del amor.* Michel Odent. Creavida, 2001.
- Evolution's End.* Joseph Chilton Pearce. Harper Collins, 1992.
- The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions.* McLean, P. D. Plenum Press. Nueva York, 1990.
- Violencia y ternura.* Juan Rof Carballo. Espasa-Calpe, 1988.
- El contacto humano.* Ashley Montagu. Paidós, 1989.

*La santé primale.* Michel Odent. Payot, 1986.

*La naturaleza de la agresividad humana.* Ashley Montagu. Alianza Universidad. 1978.

*La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad.* Michel Odent. Editorial Obstare. 2007.



Primera parte

Acerca del parto medicalizado



## La intimidad

### El parto de los mamíferos

En los países con una atención al parto muy medicalizada, la creencia en el parto como un acontecimiento tecnológico forma ya parte de la cultura popular. Eso hace que la mayoría de la población esté realmente convencida de que no es posible dar a luz de forma segura sin la ayuda de todo tipo de procedimientos e instrumentos técnicos. Una creencia hasta cierto punto lógica en una cultura que asocia tecnología a progreso. De vez en cuando, sin embargo, las noticias de partos espontáneos producidos en plena calle, en el taxi o el ascensor nos recuerdan que el nacimiento, si le damos la oportunidad, se produce solo. El porcentaje de partos que se complica y requiere asistencia médica, según la OMS, raramente supera el 10 por ciento. A partir de esa cifra, las complicaciones suelen ser la consecuencia de las intervenciones anteriores. Por ese motivo, la OMS recomienda el uso de «tecnologías apropiadas» y el «mínimo grado de medicalización posible».

### ¿Cómo paren las mamíferas?

A la hora de parir, la primera necesidad de cualquier hembra mamífera es disponer de un lugar tranquilo y seguro y no sentirse observada. Todas ellas tienen un comportamiento similar: en el momento del parto, se esconden, se aíslan; y no tanto para evitar el peligro de asalto de los predadores, en cuyo caso se agruparían, sino para protegerse de miradas indiscretas e intervenciones inoportunas de los individuos de la

propia especie. Por ello, las mamíferas que viven de día suelen parir de noche, mientras que las que viven de noche paren de día. Cuando esta privacidad se ve alterada, o cuando sobreviene algún peligro, el parto se interrumpe y la parturienta busca otro lugar más tranquilo. Por eso, al llegar al hospital, la dilatación a menudo se estanca. Cuando las mamíferas se sienten seguras, el parto vuelve a reanudarse. La mujer, obviamente, no puede interrumpir el parto e irse a su casa, de modo que cualquier interferencia que genere ansiedad y tensión, o le impida «ensimismarse», simplemente añade tiempo, dolor y riesgo al parto.

El parto hospitalario está lejos de responder a esta necesidad de intimidad. La falta de privacidad, la presencia de observadores que irrumpen en la habitación o el paritorio, las órdenes a la mujer sobre lo que debe o no debe hacer, los tactos continuos y tantos otros comportamientos que resultan invasivos, la posición horizontal con las piernas abiertas, que deja los órganos sexuales innecesariamente expuestos y vulnerables... ese conjunto de circunstancias contravienen la necesidad de la parturienta de intimidad y respeto. En estas condiciones, la secreción de adrenalina se incrementa, inhibiendo la producción de oxitocina, hormona que dirige el parto. A la mujer le resulta imposible entrar en otro estado de consciencia y relajarse.

## El parto como acontecimiento sexual

Reducir el nacimiento a un suceso médico ha hecho perder de vista la realidad de que el parto es un acontecimiento de la esfera sexual. Orgasmo y reflejo de eyección materno-fetal son dos reacciones espontáneas similares. Ambas se producen gracias a un estado emocional y hormonal parecido, de auténtica «rendición», dirigido y premiado por las mismas sustancias: oxitocina y endorfinas. Y todo el mundo sabe que no se puede controlar, dirigir, forzar, ni siquiera observar indiscretamente un episodio de la vida sexual sin inhibirlo. Parir un hijo es un acto de amor, consecuencia de un acto de amor

anterior. Ambos acontecimientos son muy dependientes del entorno en que se producen y del estado emocional de los protagonistas. El ambiente y circunstancias idóneas para uno son las mismas que para el otro.

Leilah McCracken, madre de siete hijos y autora de *Re-sexualizing birth* lo resume de esta forma:

Si durante el acto sexual alguien pincha repetidamente a una mujer, mira fijamente su rostro y su cuerpo y la insta impacientemente a que tenga un orgasmo, seguro que no lo tendrá. Lo más probable es que se cierre y se sienta desolada e incompetente. Si una mujer no se siente lo suficientemente segura físicamente para dar a luz, si la observan y la tocan continuamente, si ve mesas llenas de tijeras, agujas y fórceps, si se le dice que no puede tener un parto sin intervenciones dolorosas y peligrosas, no hay manera de que dé a luz; está más allá de su control consciente. Sabe que el ambiente en el que está no es seguro para parir: no puede dejar que su bebé salga si ella está muy estresada o herida para cuidarlo, si ve «el carrito de torturas» esperándolo.

En su libro *Parirás con placer*, Marcelo Barberá habla de una realidad olvidada u ocultada, y es el hecho de que para las mujeres el parto no es solamente un momento de dolor. También es una experiencia intensa, única, placentera.

### **Nacimiento de Duna**

Llegaste un soleado domingo de septiembre. Durante la noche del sábado al domingo, me desperté y ya tuve la sensación de que el parto no podía tardar. Me puse otra vez a dormir, pero con una cierta excitación por todo lo que se avecinaba.

El domingo a media mañana sentí deseos de hacer de vientre. Y mientras estaba allí sentada tan feliz, de pronto tuve una sensación... sentí como un ¡ppffttt! muy suave y... ¡se había roto la bolsa que te acogía! Y el líquido amniótico iba saliendo lentamente... ¡Era fantástico! Yo estaba emocionadísima. Avisé a Santi y cogí el teléfono para llamar a Migjorn.

Eran las once y media. Hablé con Daniela, la comadrona, que me hizo algunas preguntas y me animó a llamarla de nuevo ante cualquier novedad. Pero yo ya no cabía en mí de felicidad. Me sentía radiante y muy serena. Y, mientras, iba perdiendo líquido amniótico. Resultaba tan agradable...

Sonó el teléfono. Era Daniela. Había hablado con Montse, la ginecóloga, y habían acordado acercarse para ver qué tal marchaba todo. Aún recuerdo que le dije que no había prisas, que todavía no había tenido ninguna contracción. Pero ella insistió en venir y, si acaso, ya se volverían a marchar.

Ordené un poco el comedor. De vez en cuando sentía una pequeña contracción, muy suave, como un preludio. Me apeteció echarme en la cama, bien tapadita y bien quieta. Las contracciones iban viniendo poco a poco. Venían y se iban. Eran visitas fugaces, agradables. ¡Me sentía tan y tan bien! De vez en cuando recibía la visita de Aram, que se subía a la cama, me daba un beso y un abrazo y se iba otra vez.

Las contracciones eran cada vez más intensas. Ya no sentía frío, más bien calor. Cada vez estaba más agitada. Las contracciones se hacían más largas y más seguidas. Necesitaba ir al baño. Apenas tuve tiempo de llegar entre contracción y contracción.

Volví a la habitación. Al rato me puse a cuatro patas encima de la cama. Así podía mover bien la pelvis, y ello me resultaba bien agradable. Aram estaba echando una siestecita en la habitación contigua mientras tú estabas ahí, haciendo los últimos preparativos antes de tu primer viaje.

En un momento dado, la intensidad de las contracciones se disparó. En cada una de ellas sentía una mezcla de dolor y placer difícil de describir: empezaba con dolor, pero en la medida en que movía mi cuerpo acompañándolo en la experiencia de la contracción y expresaba todos los sonidos que iban surgiendo, el dolor se iba transformando en una especie de sensación sexual orgásmica. Recuerdo la sensación de empezar cada contracción arrugando la frente y terminarla con una amplia sonrisa en los labios. Llegó un momento en que la experiencia era tan y tan intensa que sentí que aquello no sería capaz de aguantarlo por mucho tiempo. Una vivencia tan bestial se podía vivir durante un cierto tiempo, pero no mucho. Recuerdo haber hablado de



ello con Montse y que ella me dijo que ya faltaba poco para que tú nacieras. También Daniela, después de algunas contracciones extáticas, me decía: «La bebita ya mismo está aquí». Más tarde me explicaría que todo lo que yo expresaba (sonidos, movimientos, etc.) eran indicadores claros de que tú estabas ya muy cerca.

Me instalaron una mesita auxiliar encima de la cama para poder apoyar los codos y el tronco. A cada contracción, me abrazaba a ella. En un momento de agitación, me quité la ropa, pues me sentía sofocada.

De pronto sentí la necesidad de levantarme, y lo hice en un arrebato. Me puse de pie encima de la cama apoyando las manos en la mesita. En aquel instante, sentí un «crac» en mi interior y tú empezaste a descender. Jamás me había sentido tan mamífera, tan viviendo una experiencia desde mi instinto.

Volví a arrodillarme y apoyé mi cuerpo en la mesita. A partir de aquel momento, todo fue muy rápido; lo único que hice fue mantener mi cuerpo bien relajado para facilitarte el camino. Tú sola fuiste abriéndote paso y viajando hacia tu nacimiento. Recuerdo el momento en que tu cráneo hizo presión sobre mi suelo pélvico, y aquella sensación de desgarró que ya había sentido cuando nació tu hermano. La diferencia fue que esta vez no me asusté. Ya conocía la experiencia y por eso fui capaz de vivirla con serenidad y tranquilidad.

Durante el expulsivo, sentí la necesidad de gritar. No era porque sintiera un dolor especial. Era un grito de fuerza: era la expresión de la fuerza de la vida, de tu vida.

Después de asomar tu cabecita, hubo como un descanso. No me venía ninguna contracción y me tomé un respiro. Recuerdo a Daniela diciéndome: «Aprieta, aprieta...». Pero yo no sentía ninguna necesidad de apretar. Pasó un tiempo. Percibí que los de mi alrededor empezaban a impacientarse, como si no fuera correcto que estuvieras tanto tiempo con la cabeza fuera y el cuerpo dentro. Pero yo me sentía perfectamente bien.

Te cogieron por la cabeza y te la movieron un poco para intentar ayudarte a salir, y entonces me vino una fuerte contracción y tú saliste como si nada.

Fue fantástico. Te dejaron entre mis rodillas y rápidamente te acogí y te abracé. ¡Oías tan bien! Deseaba comerte a besos. ¡Qué

amor tan grande sentía! Eras preciosa. Por fin podía tenerte en mis brazos y expresarte, con mi cuerpo, todo mi amor. Eran las cuatro y veinte de la tarde.

Santi fue a buscar a Aram, que se había despertado con mis gritos y estaba un poco asustado. Al entrar en la habitación, os visteis los dos por primera vez. Él te miraba un poco extrañado, sin saber muy bien lo que estaba pasando. Entonces Santi, con Aram en brazos, te cortó el cordón umbilical.

Y tú seguías allí, bien abrazada a mí. Llorabas. Yo te mecía con mi cuerpo. Hasta que, poco a poco, te encontraste con mi pezón izquierdo y empezaste a succionar. Tus ojos parecían asustados. Quizá todo había sido demasiado rápido para ti, y no entendías nada. Después de un buen rato de chupar, ya te quedaste mucho más relajada.

Montse me preguntó si me apetecía un batido de placenta para recuperar fuerzas, y yo me sentía tan mamífera que le respondí que sí. Estaba riquísimo ¡Mmmmm! Pesaste 4,1 kilos. Montse me cosió un par de puntos en el periné por un pequeño desgarro.

Me sentía la mujer más feliz de la tierra. Había dado a luz a una niña preciosa que me había hecho el regalo de un parto fantástico, lleno de vivencias intensas, instintivas, placenteras, y de todo.

Nos dejaron un ratito a solas. Fue entonces cuando decidimos tu nombre. A mí Duna me entusiasmaba. Me parecía un nombre tan femenino, tan sinuoso... A Santi también le gustaba mucho. Bienvenida a la vida, Duna.

Desde aquella tarde de septiembre, siento todo el amor del mundo por ti. Yo no sabía que algún día podría sentir por alguien la intensidad de amor que he sentido siempre por Aram. Pues sí, Duna. Sois dos amores muy y muy grandes.

Aram y Duna: ¡Os quiero!

NÚRIA VÍA

La maternidad de Pithiviers fue el primer hospital francés de la Seguridad Social en transformar su servicio de atención

al parto en una clínica de parto fisiológico. Eso ocurrió durante los años setenta, gracias al espíritu abierto del doctor Michel Odent y del equipo de comadronas del hospital, que poco a poco fueron desaprendiendo muchas de las cosas que habían estudiado en la universidad y devolviendo su poder a las mujeres. En su libro *Nacimiento renacido*, el doctor Odent cuenta cómo se fue produciendo ese proceso de desmontaje, y una de las conclusiones a las que llegaron las propias comadronas fue que la duración del parto solía ser directamente proporcional al número de personas asistentes: cuantas más personas, más largo.

En el mismo sentido, el doctor Paciornik, de Brasil, relata en su libro *Parto en cuclillas* la visita de un equipo de obstetras a su clínica para conocer el método en directo. Cinco mujeres estaban de parto en ese momento. Tras largas horas de espera, sin ningún resultado, los visitantes decidieron marcharse al hotel a descansar. En un cuarto de hora, nacieron tres bebés, y los otros dos antes de una hora. Como dice Michel Odent: «Cada vez es más evidente que no puede controlarse, observarse un episodio de la vida sexual sin perturbarlo». Y el parto es un acontecimiento de la vida sexual.

En general, la presencia de un hombre en la sala de partos inhibe más que la de una mujer. La asistencia por una mujer de más edad y experiencia, madre a su vez, es la que más reconfortante y positiva resulta, si su propio nacimiento y la forma en que ella misma ha tenido a sus hijos han sido experiencias positivas. En una reciente conferencia en Madrid, Michel Odent habló de una maternidad en Rusia con un 8 por ciento de cesáreas, una cifra realmente baja. Para él la clave de ese hospital es que había muchas comadronas, y las ginecólogas parecían benevolentes «abuelas».

Pero esa es la teoría. En la práctica, la «feminidad» o «masculinidad» de los asistentes probablemente tenga más que ver con sus cualidades y actitudes personales que con su sexo real. Hay mujeres que encuentran la actitud de determinadas matronas y ginecólogas mucho más fría y dura que la de muchos ginecólogos y matrones.

Además del género o el talante del asistente, tiene una especial importancia su actitud ante el parto. Un profesional que permanezca tranquilo y confiado durante el mismo transmite esa confianza a la mujer. Si la vivencia del parto despierta en él aprensión, tensión y miedo, si no puede evitar incrementar él mismo su secreción de adrenalina, será inevitable que contagie su estado de ánimo a la parturienta. La adrenalina, como la risa, es contagiosa.

## Acompañamiento

La simple presencia de un observador indiscreto puede inhibir el parto, aunque se trate de un familiar. Michel Odent advierte que incluso la presencia del marido puede, en algunos casos, ser contraproducente. En su artículo «¿Es peligrosa la participación del padre en el parto?», Michel Odent invita a reflexionar acerca de la conveniencia de convertir la participación del padre en una regla de oro, y a escuchar realmente cuál es el deseo o la necesidad de la mujer. Hay mujeres para las que la presencia del marido es esencial. Otras aseguran necesitarla mientras que su lenguaje corporal dice lo contrario.

La presencia del marido puede ser muy positiva cuando este sabe situarse en una posición discreta y de disponibilidad, cuando es capaz de empatizar con su mujer y respetar su ritmo, si bien puede resultar contraproducente si la vivencia del parto despierta en él ansiedad (a veces relacionada con su propio nacimiento), si tiene miedo, si hay conflictos latentes en la pareja, o si, en su deseo de ayudar, interviene de manera que interrumpe el «viaje interior» de su mujer. Se ha observado, por ejemplo, que si el marido se sitúa enfrente de la mujer mirándola a los ojos, en una posición de control, el parto indefectiblemente se alarga. En ese caso, a menudo ocurre que el nacimiento se produce cuando decide ir a tomarse un café.

La necesidad de una mujer de parto es la de saberse acompañada y apoyada sin sentirse observada ni juzgada, ni obligada a mantener compostura alguna. Hay casos en los que la persona idónea es el marido, y otros en los que no. Algunas

mujeres prefieren estar acompañadas por una amiga, su madre o una *doula*. En lo que concierne al acompañamiento durante el parto, es conveniente no establecer reglas fijas, dejando la decisión en manos de la mujer, que es la que debe sentirse totalmente desinhibida para dar a luz.

El bienestar emocional de la madre durante el parto es un factor de seguridad importante, hasta el punto de que la OMS dedica sus primeras recomendaciones precisamente a esa cuestión. Y una parte importante del bienestar emocional de la madre procede del apoyo que recibe. Numerosos estudios científicos han constatado que el acompañamiento continuo durante el parto por una persona de su elección aumenta el bienestar de la madre, mejora los resultados en materia de salud y disminuye considerablemente la tasa de todas las intervenciones, incluyendo las cesáreas. El estudio «Apoyo continuo proporcionado a las mujeres durante el parto», realizado mediante la prestigiosa *Cochrane Collaboration* a 13.000 mujeres, mostró que aquellas que reciben apoyo de un/a acompañante durante el parto tienen menos cesáreas y otras intervenciones médicas mayores, y se muestran más satisfechas con la experiencia de dar a luz.

Mejores resultados todavía tuvieron las mujeres que estuvieron acompañadas por personas ajenas al hospital, como un/a familiar, una amiga o una *doula* —una mujer, madre a su vez, que acompaña a la mujer durante el parto y el posparto—. En ese caso, la probabilidad de tener un parto por cesárea fue un 26 por ciento menor, la de tener un parto con ventosa o fórceps descendió un 41 por ciento, la de necesitar algún tipo de analgesia o anestesia, un 28 por ciento y la de quedar insatisfecha con el parto o tener una opinión negativa al respecto, un 36 por ciento.

Tal como están las cosas en los hospitales, sobre el o la acompañante recae la importante tarea de hacer de intermediario entre el centro hospitalario y la mujer. A veces ocurre que cuando una mujer no desea determinadas intervenciones que no necesita, el personal médico trata de convencer al marido para que, deseoso de ayudar, a su vez convenza a su mujer. Si el marido confía más en la técnica que en la naturaleza,

si tiene miedo o desea que todo acabe cuanto antes, si está en línea con lo que se considera «normal» o no está en total sintonía con los deseos y necesidades de su mujer, puede dejarla sin protección frente a los protocolos hospitalarios en un momento en el que precisa abstraerse y dejar su intelecto en reposo.

## Tactos

Una práctica muy invasiva son los tactos. En otros países, la matrona procura limitarlos a lo estrictamente imprescindible. En los países nórdicos, las comadronas incluso se abstienen de tocar en absoluto el perineo de la mujer. Las más experimentadas son capaces de conocer la fase del parto a menudo por los sonidos que emite la parturienta y los movimientos que libremente realiza. En Inglaterra, las Radical Midwives se basan en la observación de la «línea púrpura» para conocer a cuántos centímetros ha llegado la dilatación. La línea púrpura es una línea de este color que aparece en el ano cuando comienza la dilatación y que, conforme progresa esta, asciende. Cuando llega al coxis, la mujer está en dilatación completa. Se observa muy bien si la parturienta está a cuatro patas.

En otros países, para que una estudiante pueda realizar un tacto, debe pedir permiso a la parturienta. Si esta lo deniega, no hay nada que hacer. En España, estamos lejos de esa actitud de respeto por la mujer, y más todavía cuando se trata de un hospital universitario donde hay residentes aprendiendo. Ana nos cuenta su experiencia en un hospital andaluz:

Todo ocurrió de lo más «normal» (entiéndase «normal» y no «natural»): monitores, epidural y finalmente cesárea. Yo no lo viví mal porque no imaginaba que podía ser de otra forma. Como me dieron a elegir la epidural, parecía que estaba decidiendo sobre mi vida: era libre. Y ¿por qué acabó en cesárea? Dilaté hasta siete centímetros y luego bajé a cuatro y de ahí mi útero no se movió. El último médico que metió la mano en mi vagina para

ver cuánto llevaba de dilatación dijo a su compañera ayudante: «Claro, tocamos tantas veces que endurecemos el músculo y ya no puede moverse». Esto lo dijo él, no yo, y recordé la de veces que metieron la mano para ver (para tocar) la dilatación. Diez, doce, no lo sé pero fueron muchas.

La ciencia ha constatado que no es posible observar un fenómeno sin alterarlo de alguna forma. Otra manera de «sentirse observada» es la invasión de la habitación por aparatos concebidos para controlar el proceso. La utilización de los aparatos de monitorización fetal requiere la posición tumbada de la mujer y, dependiendo del tipo de aparato, su inmovilización con cinchas. Esta posición es extremadamente incómoda cuando se mantiene durante horas, y además comprime la vena cava inferior y otros vasos sanguíneos. Esto puede afectar al suministro de sangre oxigenada al útero y, por lo tanto, al bebé, especialmente durante las contracciones aumentadas con oxitocina. En estas condiciones, el «riesgo de pérdida de bienestar fetal» se incrementa, preparando el camino para el resto de las medidas invasivas: episiotomías, fórceps, cesáreas, etc. Es por esto por lo que Caldeyro Barcia, inventor del monitor fetal, exclamó al final de su vida: «Yo desarrollé la monitorización fetal para ayudar a las pocas mujeres que tienen dificultades durante el parto, y no para poner a todas las mujeres de parto en dificultades». La otra alternativa, la monitorización interna, requiere pinchar el cuero cabelludo del bebé cuando aún no ha salido del útero. La mayoría de las madres encuentra esto muy agresivo, especialmente si no hay un motivo que justifique la necesidad de este tipo de monitorización.

Muchos estudios han demostrado que cuando en una maternidad se introducen estos aparatos, la tasa de cesáreas y de fórceps aumenta, sin que mejoren los resultados en cuanto a la salud. Para muchas mujeres, dar a luz atada a una máquina resulta una experiencia innecesariamente dura. Ana es una de tantas españolas que dio a luz en un hospital. La doctora María Fuentes recoge su historia en su obra *Mujeres y salud desde el sur*.

## Yo quería ser una madre ejemplar

Acudí a la educación materna, y puse todo mi empeño en aprender a hacerlo bien. Estaba convencida de que esto me ayudaría. Yo no tenía ningún miedo al parto, me sentía muy feliz y con mucha ilusión, quería que fuera un gran momento de mi vida...

Todo empezó de madrugada... esperamos en casa hasta las doce. Fui a la comadrona y me dijo: «Vete para el hospital». Eran las doce y media del viernes. Las contracciones son pocas y flojitas. A las dos de la madrugada, me llevan, sola, a la sala de dilatación. Las contracciones son cada diez minutos. «Acuéstate en la camilla y no te levantes», me dicen... Me ponen el monitor y el «gotero», y no puedo más que estar boca arriba y sin moverme para nada. Y ahí llega mi tormento. El monitor, a todo volumen, durante quince horas... Empecé muy bien a hacer las respiraciones... pero aquel ruido, las contracciones seguidas, sin poder moverme, y el estar sola... me parecía que me volvía loca... no me daba tiempo a coger aire. Mi boca estaba seca, seca, seca... Cuando venían a ver cómo dilataba, pedía agua y me decían: «¡No, no debes beber!»... A la mañana siguiente, destrozada, recuerdo haber dicho: «¡No quiero tener a mi hijo, quiero morirme!»... En la sala de partos, comprueban la dilatación y se van, diciéndome: «Ve empujando tú sola». No recuerdo cuanto tiempo pasé así... empujo, empujo... y después de hacerme la episiotomía, salió por fin mi hijo. Lo vi solamente uno o dos segundos. Me preocupé al escuchar: «El líquido amniótico huele muy mal». Pregunté, pero me dijeron que no me preocupara. Ahí quedó todo.

Al cabo de muchas horas, trajeron al niño a mi habitación... A la noche siguiente, cuando estaba sola, me dicen: «El niño tiene ictericia, debe quedarse en la incubadora, no llame a su marido... tiene que darle de mamar cada tres horas». Y la angustia volvió. Tres días más pasaron. Cuando los médicos pasaban, yo les decía: «Huelo muy mal», pero ellos me decían: «Es normal, es del parto».

Estaba muy cansada. Cada tres horas subir a darle de mamar, el dolor de los puntos, las sillas muy incómodas... Una noche, me quedé dormida, y cuando llegué a darle de mamar, ya le habían



dado un biberón. ¡Cómo me sentí! ¡No había cumplido con mi papel de madre! ¡Había permitido que le dieran un biberón! Me quedé allí, sentada, llorando... Llega el martes, llega el médico, le repito lo del mal olor... levanta la sábana y enseguida todos empiezan a correr: análisis, antibióticos... le dicen a mi marido que podía haberme muerto por la infección.

Por fin vuelvo a casa. Feliz y destrozada, sin fuerzas, y tomando las riendas del niño y de la casa. Sola... Cómo afectó todo esto a mi hijo y a mí misma, todavía no quiero ni pensarlo...

En sus primeras recomendaciones, la OMS dice textualmente:

No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica solamente debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de adquirir nuevos equipos.

Las comadronas con experiencia no necesitan perturbar constantemente la intimidad de la mujer con los sistemas convencionales de monitorización, sino que les es suficiente con un pequeño estetoscopio, que puede aplicarse sobre el vientre en cualquier postura que adopte. En la actualidad, las matronas dedican más energía a observar las máquinas que a atender a la mujer. Pero lo cierto es que para la parturienta es mucho más reconfortante disponer de una comadrona atenta a sus necesidades que contar únicamente con parte de una atención dividida entre las máquinas y ella.

## Dar a luz como en casa

La necesidad de intimidad de las mamíferas no se limita al entorno humano. El entorno físico también es determinante.

Lo primero que se constata en los experimentos con animales es que el traslado de un lugar a otro durante el parto lo hace más largo y peligroso. Y la mujer que da a luz normalmente comienza la dilatación en su casa, luego sigue en el coche, llega a la clínica, donde ingresa en su habitación o en una sala en la que continúa dilatando, para después pasar al paritorio, un lugar incómodo, feo y poco acogedor.

En muchos países europeos, los servicios de maternidad han experimentado grandes cambios para conseguir un ambiente acogedor en el que la madre se sienta como en casa. En cualquier caso, en las maternidades modernas, el paritorio ya no existe y la mujer dilata y da a luz en la misma habitación, decorada como una acogedora habitación de una casa. En otros países, también existen las casas de partos, pequeñas maternidades situadas en las proximidades de un hospital, donde las mujeres pueden sentirse cómodas y seguras. En España, de momento solamente hay una casa de partos, Migjorn, en las proximidades de Barcelona, además de la maternidad Acuario.

En los partos en casa, la sensación de intimidad parece conseguirse mejor en una habitación pequeña. No pocas mujeres terminan dando a luz incluso en el cuarto de baño. Una iluminación baja, por no decir una cierta penumbra, una atmósfera silenciosa, una asistencia al parto discreta, respetuosa y silenciosa, aumentan la sensación de intimidad y evitan la estimulación del neocórtex. La temperatura es también importante. Una temperatura caldeada ayuda a mantener bajo el nivel de adrenalina, y es lo más adecuado también de cara al recibimiento del bebé, que viene de un medio líquido a 37 °C, y al desprendimiento de la placenta.

El respeto a la intimidad se extiende también a la necesidad de moverse libremente, de conectar con las sensaciones corporales, de poder emitir todo tipo de sonidos, de expresar las emociones y el dolor con el propio cuerpo sin sentirse observada, examinada o juzgada; poder, en suma, vivir el nacimiento en plenitud. En uno de sus libros, Sheila Kitzinger cuenta una conversación con un equipo de obstetras rusos que había introducido la psicoprofilaxis en varios

hospitales y estaba muy orgulloso de haber conseguido que ya «no hubiera ruidos en la sala de partos». Pero la realidad es que la represión de la expresión de dolor durante el parto tiene la consecuencia de reprimir la evolución del parto mismo. Beatrijs Smoulders, comadrona holandesa, afirma en su libro *Parto seguro*: «Hace años, de una parturienta se esperaba que fuera fuerte y no dijera ni pío al dar a luz. En estos casos, el personal sanitario del hospital podía afirmar: “¡Qué bien lo hace la señora!”. Mientras que la comadrona de hoy en día más bien pensaría: “¡Suelte un berrido de una vez, señora, así como mínimo pasará algo”». Sumergirse en el dolor, aceptarlo y rendirse a la experiencia, dar rienda suelta a la expresión emocional facilita la producción de endorfinas, «opiáceos» internos que amortiguan y modifican la percepción del dolor.

Finalmente, madre e hijo recién nacido necesitan intimidad para reconocerse, olerse, tocarse, besarse. El nacimiento es un momento «cumbre» en la vida de toda mujer y de toda persona. Si, en cambio, hay que suturar a la madre y se corta el cordón umbilical inmediatamente; si se procede a examinar, lavar y vestir al bebé inmediatamente; y si, sobre todo, la rutina del hospital no prevé siquiera que ese vínculo deba producirse y lo interfiere, el momento mágico pasa para siempre. Cuando se deja a la madre y al bebé encontrarse en intimidad, es fácil que este encuentre y se enganche al pecho en la primera hora. Este contacto precoz madre-hijo a su vez juega un papel fundamental en la terminación del parto y el alumbramiento de la placenta. El bebé nace con un fuerte reflejo de succión, y ese estímulo sobre el pezón contrae el útero, facilitando la expulsión de la placenta y reduciendo al mínimo el riesgo de hemorragia. Según Michel Odent, casi todas las culturas tienen rituales que interfieren este momento y que están en el origen de una gran parte de las muertes maternas por hemorragia posparto. La necesidad de privacidad no es, por tanto, un capricho.

Las madres que han tenido un parto hospitalario y un parto respetado a menudo se maravillan de la diferencia entre uno y otro.

## Mi ansiado parto vaginal después de cesárea

En la siguiente contracción, percibo claramente cómo «algo» empuja fuertemente sobre mi ano al tiempo que un bramido extraño y animal sale de no sé dónde. Me quedo absolutamente sorprendida (¿Qué ha sido eso? ¿He sido yo? ¡Sí, Dios santo... he sido yo!) por ese extraño sonido gutural que, procedente de algún lugar de mis entrañas —que no soy capaz de identificar—, asciende hasta mi garganta sin que pueda controlarlo.

Entonces todo se precipita: llega la contracción junto al salvaje bramido que no puedo ni me esfuerzo en reprimir aunque sigo sorprendida de ser yo —siempre tan controlada y correcta— el origen de tan selvático son.

Dos contracciones más y percibo claramente cómo la presión del pujo pasa del ano a la vagina... Presiento que si no me levanto ahora ya no podré hacerlo y Beatriz nacerá en el retrete. «Tranquila —me dice la comadrona—, espera a que pase la contracción».

¡Ya empieza a asomar la cabeza!... ¡ya está aquí... ya está aquí!... Me ponen un espejo delante para que yo también pueda verlo pero aunque miro no estoy asimilando lo que veo porque estoy ya en otra dimensión y las imágenes y las voces me llegan como envueltos en una nebulosa.

Siento que mi vulva está a punto de estallar y segundos después me parece oír que Beatriz ya tiene fuera toda la cabeza y que ha abierto los ojos tan tranquila, como si estuviera investigando si merece la pena sacar el resto del cuerpo. «Para, para —me está diciendo la comadrona—, la niña viene con circular de cordón.»

Yo dejo de empujar y Fer —según me confiesa un poco después— deja de respirar, presa del miedo, al ver cómo Beatriz no trae una sino tres vueltas de cordón: una al cuello, otra en bandolera y otra a la cintura («Vaya, parece que esta niña más que un parto esperaba un vuelo en parapente»), pero las expertas manos de la comadrona se mueven ágiles y rápidas y liberan a Beatriz en apenas unos segundos.

«Ya estás aquí, mi niña... lo conseguimos... qué ojos... te quiero, te quiero.»

Estoy como borracha y ajena a lo que está ocurriendo a nuestro alrededor aunque me parece estar viendo cómo papá se abraza

a la comadrona llorando... Creo que Marta también llora mientras Miriam —tan pudorosa para las cosas del llanto como yo— nos graba con la cámara. Mi hermana, tan discreta como siempre, se mantiene en un segundo plano, así que no puedo verla.

Ya han cortado el cordón que te unía a mí y me sorprende que sea de una blancura tan nívea. Mercedes me comprime el vientre por encima del pubis mientras me dice: «Esto no ha terminado todavía, sabes que ahora tienes que darme la placenta».

La placenta aún tardaría más de una hora en salir, exactamente una hora y diez minutos. Y no es que yo me hubiera relajado o no fuera consciente de que esa demora podría suponer el traslado al hospital —el gesto cada vez más preocupado de la comadrona no dejaba lugar a dudas—, simplemente ocurrió que, nada más nacer Beatriz, cesaron todas las contracciones y con ellas desapareció el reflejo de expulsión. Por más que yo me desgañaba empujando, sentada en el borde de la cama y con Beatriz colgada al pecho, era como empujar un muro de cemento. Solamente cuando la succión de la niña comenzó a ser efectiva y aparecieron los primeros entuertos, mis esfuerzos —y la pequeña maniobra de Mercedes— dieron el esperado fruto.

Esa fue la segunda gran diferencia que noté entre este parto casero y mis anteriores partos hospitalarios. En aquellos, por efecto, supongo, de la oxitocina sintética, las contracciones siguieron aún después del nacimiento y la placenta salió antes de diez minutos.

La primera radicó, sin lugar a dudas, en esos feroces bramidos que salían de algún lugar dentro de mí y que tanto me sorprendieron. En el parto de mis dos hijas mayores, el pudor me impedía relajarme, me sentía igual de cohibida que si estuviera pariendo en un teatro o en cualquier lugar público frente a un montón de espectadores que iban a valorar mi actuación. Yo siempre he sido muy pudorosa y muy «educada» y me comporté como se esperaba de mí, como una «buena chica»: sin gemidos, ni gritos, ni llantos... Mi comportamiento fue estoica y recatadamente ejemplar.

Parir en mi «cueva», rodeada de las personas que yo elegí, me ha permitido, a mis casi cuarenta y tres años, no solamente descubrir mi lado más «salvaje» sino también, y por primera vez

en mi vida, desinhibirme de todos los prejuicios que he ido acumulando a lo largo de los años.

Y la tercera fue que al fin pude librarme de la odiosa episiotomía y comprobar, en mi propia carne, que un desgarro es cien veces preferible a esa mutilación dolorosa e inútil.

Y esta es la historia de mi parto... de mi Parto Vaginal Después de Cesárea (PVDC) tan ansiado y perseguido. Pero esta historia que escribo hoy, con una demora de más de dos meses, no podría haber sido escrita sin Maribel, Ibone, Francisca, Ana, Ángela, Inma, Blanca, Yolanda, Isabel, Mariola y todas las mujeres de El Parto es Nuestro y Apoyocesáreas que con sus consejos, su ayuda y sus mensajes de apoyo me mostraron el camino y me enseñaron a confiar en mí misma y en el poder que me otorgó la madre naturaleza.

Y, por supuesto, tampoco sin Mercedes —valiente y comprometida mujer, sabia y experta comadrona—, que me tendió su mano cuando estaba a punto de darme por vencida.

Gracias a todas ellas, Beatriz pudo ganarse su segundo nombre: Victoria.

ASUNCIÓN ANTÓN

## Reflejo de eyección materno-fetal

La intimidad es una condición imprescindible para que se produzca el reflejo de eyección materno-fetal, una reacción poderosa e involuntaria, que puede sorprender incluso a la madre, por la que el bebé es literalmente expelido fuera de su cuerpo. Haciendo un paralelismo entre el parto y el acto sexual, el reflejo de eyección equivaldría al orgasmo.

### **Testimonio del parto y nacimiento de una obstetra del siglo XXI**

Acababa de nacer mi primer hijo. Se llamaría Juan, solamente Juan, «el que posee la gracia de Dios», según el diccionario de nombres. ¿Para qué más nombres?

Acababa de nacer quien sería mi maestro justiciero. Él estaba sobre mi pecho, furioso, encolerizado, caliente y húmedo, lleno de unto y sangre, gritando como un guerrero medieval en plena batalla.

Hace apenas cinco años acababa de nacer mi hijo Juan, y con su nacimiento comenzó el mío...

Hace ocho años, yo era una médica recién licenciada con una tibia visión crítica del ejercicio de la medicina tradicional. Como me interesaba desenvolverme en lo que se llama atención primaria de la salud y me interesaban los temas relacionados con la femineidad y sus crisis vitales (adolescencia, embarazo, climaterio), decidí especializarme en ginecología y obstetricia. Concurse para una residencia y logré entrar en un hospital público, donde al cabo de cuatro años de guardias y jornadas interminables, me darían el título de especialista. En la residencia regía un régimen absolutamente autoritario, yo diría militar. «El residente superior manda al inferior, el inferior obedece y no cuestiona, únicamente debe hacer lo que le manda el superior.»

Durante la residencia, pretendieron enseñarme que una mujer para parir necesita ser acostada e inmovilizada. La presencia de la pareja o cualquier otro acompañante constituye siempre un estorbo para el normal desempeño de los que asisten el parto y, por lo tanto, es mejor evitarla.

La episiotomía debía hacerse a todas las mujeres en su primer parto.

La única voz que se había de escuchar en la sala de partos era la del que está «dirigiendo» el parto.

Cuando nacía el bebé, debía ser entregado inmediatamente al neonatólogo. «Es del neonatólogo.»

Mi primer año como médica residente me sumió en la frustración de pensar que no iba a poder completarla, perdiendo la posibilidad de ser la médica que yo quería ser. Pero tampoco podía ser la médica que esperaban que yo fuera.

El tiempo fue aclarando algunas cuestiones y yo fui aprendiendo de quién aprender y qué. Aprendí de algunas parteras, de algunos médicos y, fundamentalmente, de las mujeres. Cuando me faltaba un año para terminar la residencia, tuve la oportunidad de aprender de mí misma.

Al nacer mi primer hijo, supe del dolor de las contracciones, supe de la analgesia peridural como único remedio para aquietar mis emociones, mi dolor, mi necesidad de librarme del monitor fetal y de moverme. No obstante, pude percibir las ganas de pujar, junto con la tijera que abrió mi vagina. Sentí cuándo mi bebé salía de mí, y con sus gritos y su bronca me hizo comprender que ambos hubiésemos merecido un lugar mejor para ese encuentro. Permanecimos juntos unos veinte minutos y fuimos separados durante una larga hora «por el bien del bebé» y yo tuve que tragarme la tristeza y la vergüenza de no poder decidir que no nos separasen. Si algo había aprendido en la residencia hasta ese entonces, era a sentir miedo «por las dudas».

Cuando retomé el trabajo después de la licencia por maternidad, yo no era la misma. Mis compañeros me decían que el parto y el amamantamiento habían alterado mi cerebro. Y en parte tenían razón.

La residencia concluyó y yo comencé a dar mis primeros pasos por un camino difícil: el de las mujeres que desean trabajar y a la vez ser madres y no descuidar al marido. Mientras me encontraba en ese recorrido, quedé embarazada de mi hija Helena. Esta vez sería todo diferente.

«¡Que no puje, voy para allá!», le dijo mi partera a Sebastián, mi pareja, en la última conversación telefónica que tuvieron, mientras mi hija y yo hacíamos nuestro trabajo de parto-nacimiento en la bañera de casa. Nada ni nadie me movería de allí. Estaba todo pensado: obstetra, partera y neonatólogo. Todos en casa para la fiesta del nacimiento... Solo que esta vez la invitada principal llegó antes que el resto, para ser recibida por su propio padre.

«Está bien, no voy a pujar, solamente tengo que esperar quince minutos a que Raquel llegue.» Pero en la siguiente contracción, una fuerza poderosísima me invadió. Primero llegó a mis piernas y me puse de pie, luego abrazó mi abdomen y, sin quererlo, me puse a pujar. Mi cuerpo hacía lo que quería, y yo no podía hacer nada para impedirlo. Sentí mucho miedo por no poder controlarme. «Tengo que esperar a que llegue Raquel, solamente diez minutos más», pensaba. Pero no había caso. Mi hija y mi cuerpo estaban aliados contra el reloj y contra mi indecisión.



Los esfuerzos de mi razón no tenían ya sentido: había llegado la hora de parir y nacer. Me entregué a Dios y a los cuidados de Sebastián. De pie y con las manos apoyadas en la pared, le pedí que sostuviera a la bebé con una toalla mientras salía. Tuve la compañía perfecta.

Cada segundo que viví de ese momento justificó toda nuestra existencia pasada. Sentí formar parte de un plan superior. Sentí que había sido elegida, al igual que cada uno de nosotros. Me sentí hermanada y ahijada con la Naturaleza, testigo y protagonista de la Creación. Me sentí muy amada. Los ojos de mi hija profundizaron en los míos en cuanto Sebastián me la entregó. Yo les puedo decir que en ese momento comprendí todo. No puedo describir ahora qué fue lo que comprendí, simplemente porque ya lo olvidé. Pero sí recuerdo que en un momento de mi vida, yo pude comprender todo.

Gracias a Dios y a todos los que no pudieron llegar a tiempo para que así sucediera.

DOCTORA CLAUDIA ALONSO,  
Asesora médica de la Asociación Argentina  
Dando a Luz.\*

---

\* Nota: La Doctora Alonso no desea que este relato se interprete como una recomendación a parir sin asistencia

## Qué dice la OMS

---

Por lo que se refiere al derecho a la intimidad, en su «clasificación de las prácticas en el parto normal» del año 1999, la OMS incluye entre las «prácticas que son claramente útiles y que deberían ser promovidas»:

- Seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto y el posparto.
- Respeto del derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto.
- Monitorización fetal con auscultación intermitente.
- Contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre lactancia.

Y entre las «prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente»:

- Monitorización fetal electrónica.
- Cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comenzar la fase expulsiva.



Para saber más:

---

### Artículos:

- «Parar la matanza de las mujeres. Desangrarse hasta morir.» Michel Odent. [www.partonatural.net](http://www.partonatural.net)
- «Por qué no funciona el parto hospitalario.» Leilah Mc Cracken. Capítulo del libro *Resexualizing childbirth*. [www.birthlove.com](http://www.birthlove.com)
- «La naturaleza de parir y de nacer.» Gloria Lemay. [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org)
- «Reflejo de eyección materno-fetal.» California College of Midwives. [www.collegeofmidwives.org](http://www.collegeofmidwives.org)
- «El parto natural hace más seguro el parto hospitalario.» Enrique Lebrero. Clínica Acuario. [www.acuario.org](http://www.acuario.org)
- «¿Es peligrosa la participación del padre en el parto?» Michel Odent. [www.partonatural.net](http://www.partonatural.net)
- «Doulas: madres que ayudan a madres.» Asociación de *doulas*. *Ob Stare* n.º 9, verano 2003.
- «A Doula Makes the Difference.» Karen Nugent. *Mothering Magazine*, marzo-abril 1998.
- Chalmers, B.; Mangiaterra, V. y Porter, R. «Principios de Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal.» [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org).

### Libros:

- Mujeres y salud desde el sur*. María Fuentes. Icaria, 2001.
- Nacimiento renacido*. Michel Odent. Creavida, edición 2005.
- El bebé es un mamífero*. Michel Odent. Mandala, 1992.

*Parto seguro.* Beatrijs Smulders y Mariel Croon. Medici. 2002.

*El gran libro del embarazo y el parto.* Sheila Kitzinger. Interamericana.

*Parirás con placer.* J. Marcelo Barberá. Kairós, 1980.

*Birthing from within.* Pam England y Rob Horowitz. Partera Press, 1998.

*Spiritual midwifery.* 4ª ed. Ina May Gaskin. Book Publishing Company, 2002.

### **Webs:**

Asociación Dando a Luz: [www.dandoaluz.org.ar](http://www.dandoaluz.org.ar)

*Doulas en España:* [www.doulas.es](http://www.doulas.es)

Paramanadoula: [www.paramanadoula.com](http://www.paramanadoula.com)



## La postura

La posición tumbada durante la dilatación y el expulsivo es uno de los factores que más entorpecen el parto y causa de complicaciones en cascada que aumentan la tasa de intervenciones. En dicha postura, el coxis se dirige a lo alto y el canal vaginal se estrecha y alarga. En una postura vertical, y sobre todo en cuclillas, el coxis bascula hacia atrás y los músculos que rodean la vagina se abren, ensanchando y acortando el canal vaginal. Si en dicha posición vertical, además, la mujer flexiona el tórax, como para querer observar la abertura vaginal, el coxis se abre aún más hacia atrás, ampliando la vagina en el sentido anteroposterior.

Tumbada la mujer boca arriba, la vagina es una cuesta cuyo extremo se orienta hacia lo alto, mientras que en la posición vertical, ya sea en cuclillas o en otra postura, se orienta directamente hacia el suelo. La mujer que da a luz tumbada debe empujar a su bebé hacia arriba, por un canal estrechado y alargado, mientras que en posición vertical, el parto progresa a favor de la fuerza de gravedad. La posición vertical favorece la dilatación y el expulsivo. Como pregunta el doctor Paciornik: «¿Qué es más fácil, empujar un coche cuesta arriba o cuesta abajo?».

En la mujer embarazada, el peso del útero aumenta la presión sobre la arteria aorta, la vena cava inferior y los vasos retroperineales. La posición tumbada de espaldas incrementa la presión en la vena cava inferior, disminuyendo su calibre y aumentando el volumen de sangre en el tercio inferior del tronco y los miembros inferiores. Esto disminuye la sangre en circulación en el resto del cuerpo y concretamente en el útero. Al disminuir el oxígeno en el útero, el ritmo de las

contracciones se altera. Entre otros efectos, puede ocurrir que la mujer padezca de disnea, malestar, mareos por hipotensión y edema de piernas, y que el bebé altere su ritmo cardíaco, emitiendo mensajes de sufrimiento fetal que el monitor registrará puntualmente. Un simple cambio de postura, como, por ejemplo, tumbarse de lado, a menudo es suficiente para mejorar la circulación sanguínea y el ritmo cardíaco del bebé. En posición vertical, en cambio, este problema no se produce. Por el contrario, la mujer que se mueve libremente adopta instintivamente la posición que menos entorpece la circulación del gran vaso que lleva la sangre de la placenta al bebé.

En posición vertical, la presión que ejerce el peso del bebé sobre los músculos del suelo pélvico ayuda a su relajación y dilatación. Esa presión genera un impulso nervioso que actúa sobre la hipófisis y favorece la liberación de oxitocina, hormona estimulante de la musculatura uterina, lo que contribuye a un progreso más rápido del parto. Se ha podido calcular que el tiempo de dilatación de 4 a 10 centímetros en el caso del parto en posición horizontal es un 50 por ciento más largo que cuando la posición es vertical. Este retraso habitualmente no complica el trabajo de los profesionales, ya que el tiempo se recupera con oxitocina sintética, que estimula las contracciones haciéndolas más potentes, seguidas y dolorosas.

La posición tumbada, con los pies fijos en los estribos, deja fuera de juego las piernas, que son las masas musculares más poderosas del cuerpo, lo que reduce la capacidad de maniobra de la parturienta, ya reducida a causa de la postura. Además, los músculos abdominales pueden ejercer una fuerza mayor cuando los pies están sobre el suelo.

La libertad de movimientos y de postura de la mujer es vital para el progreso y la seguridad del parto, ya que es el instinto, el cerebro primitivo, el que la guía para adoptar la posición más fisiológica. Esta sabiduría interna de la parturienta se observa, por ejemplo, en la frecuente necesidad, en una fase del parto, de realizar movimientos rotatorios. Estos facilitan los de giro que el feto debe realizar para colocarse en el canal del parto, similares a los necesarios para sacar un anillo de un dedo o descorchar una botella. En posición tumbada, el bebé

no dispone de esta ayuda de su madre para realizar los movimientos de rotación y colocación. En cualquiera de los casos, es más fácil para el bebé rotar sobre una parte de su cabeza, en posición vertical, que acostado, posición en la que además incrementa notablemente la superficie de fricción.

La posición vertical además facilita la ampliación de la abertura de la cadera, cuyas articulaciones se encuentran en ese momento flexibilizadas por la acción de las hormonas del embarazo. La posición tumbada, en cambio, inmoviliza las caderas e impide aprovechar este «recurso extra» que brinda la naturaleza.

En cualquier caso, la posición tumbada es muy incómoda y genera un sufrimiento innecesario en las madres, en un momento en el que la comodidad es importante no solamente desde el punto de vista fisiológico, sino para poder hacer el cambio de consciencia necesario. Un proceso involuntario como el parto, en el que lo importante es abandonar el control y entregarse a la experiencia, no puede progresar en una postura forzada, incómoda y antifisiológica.

Este cúmulo de circunstancias es causa frecuente de cesáreas porque el bebé «no baja». A veces atribuidas a una «desproporción céfalo-pélvica» (el diámetro de la cabeza del bebé mide más que la abertura de la pelvis), gran parte de esos bebés bajaría solamente con dejar a la madre moverse con libertad. Como afirmaba una madre sometida a cesárea por ese motivo en la lista de Apoyocesáreas: «Tendríaís que ver mis caderas para comprender que el problema no era ese». No es raro que mujeres que han sufrido hasta dos cesáreas por «estrechez de caderas» den a luz vaginalmente un tercer bebé... incluso más grande que los anteriores.

La libertad de movimientos tiene otras ventajas a la hora de encontrar la posición idónea para parir a un determinado bebé. Las comadronas experimentadas saben que una distocia de hombro, por ejemplo, puede resolverse más fácilmente si la madre tiene la posibilidad de ponerse a cuatro patas. Muchas matronas han podido observar que la mayoría de las mujeres de parto en una cierta fase se pone a cuatro patas, porque es la postura en la que sienten menos dolor. Según Michel Odent,

esta posición, reminiscencia del gateo del primer año de vida, tiene igualmente la facultad de facilitar a la mujer su conexión con el cerebro primitivo y el «viaje interior» que forma parte de la fisiología del nacimiento.

En las maternidades respetuosas, la mujer permanece durante la dilatación lo más relajada posible, haciendo en cada momento lo que su cuerpo le pide: pasear, sentarse, tumbarse, ponerse a cuatro patas, de rodillas en la cama... En las primeras fases, pasear es muy útil, ya que la presión de la cabeza del bebé sobre el cuello del útero favorece la producción de oxitocina y la dilatación. Pero conforme progresa el parto, la madre entra en otro estado de consciencia y se reduce la producción de adrenalina, a muchas mujeres ya no les apetece caminar. No hay reglas fijas acerca de lo que es o no es conveniente hacer, y lo más seguro es permitir que la mujer escuche su cuerpo y permanezca en sintonía con él.

En cuanto a la monitorización de latido fetal, un pequeño aparato móvil puede servir igual que los caros y sofisticados aparatos que obligan a la mujer a permanecer tumbada para facilitar su uso. Obligar a una mujer sana en un parto normal a permanecer inmóvil en posición horizontal es abrir el camino para que el parto deje de ser normal.

Cuando una enfermera me vio cómo cambiaba de postura, me dijo que no me moviese porque los latidos se escuchaban peor en el monitor, así que volví a la postura inicial, pero el dolor ya se me hacía insoportable (ya llevaba tres o cuatro horas así), ya no podía estarme quieta. Las contracciones ya casi no me dejaban descansar, me puse las manos en los riñones y empecé a presionar con fuerza en la zona lumbar, pero no noté mejoría. Cuando las enfermeras no me veían, volvía a cambiar de posición porque me era imposible estar hacia arriba y sin moverme, el cuerpo me lo pedía. Vino la matrona y me hizo un tacto, me dijo que «nada de nada», que no dilataba. Me dijeron que no me podía mover de allí, así que me trajeron una cuña y oriné acostada boca arriba, lo que me fue bastante difícil (por la postura y por las contracciones) y humillante. En aquel momento me sentí inútil, como inválida, como una enferma que no puede valerse por sí misma.



Auténtica reliquia del pasado, la insistencia de las instituciones en continuar imponiendo a las mujeres la posición horizontal es un misterio que sugiere y demuestra que, detrás de muchas de las prácticas de rutina, pueden esconderse múltiples motivaciones, no necesariamente relacionadas con la seguridad del parto y el respeto a la mujer.

El alumbramiento de la placenta es también mucho más fácil en posición vertical que tumbada. Esta fase y sus dos accidentes principales, la hemorragia y la infección, han sido desde siempre las principales causas de mortalidad de las parurientas. El alumbramiento se facilita por la posición vertical, el bienestar térmico (una temperatura caldeada de la estancia que no ocasione secreción de adrenalina) y el estímulo que ejerce el recién nacido succionando el pezón, que acelera las reacciones hormonales de terminación del parto. La doctora Gro Nylander relató, en una conferencia en Madrid, cómo en una ocasión en que se encontraba suturando el útero después de una cesárea, este se contrajo repentinamente y se puso rígido. Le resultó tan sorprendente que dirigió la vista más allá de la sábana que separaba el área quirúrgica del rostro de la mamá. Y lo que vio fue al bebé ¡ya enganchado a su pecho!... Antes incluso de terminar la intervención.

## ¿Y el bebé?

En cuanto al bebé, la posición acostada de su madre le pone las cosas más difíciles, ya que debe recorrer un canal del parto estrechado y cuesta arriba, con el escollo añadido de tener que soportar unas contracciones más intensas y seguidas a causa de la oxitocina, y un aporte de sangre y oxígeno que puede estar afectado por la presión del útero sobre los vasos sanguíneos. Esta combinación de circunstancias puede incrementar el riesgo de pérdida de bienestar fetal y la necesidad de terminar el parto mediante fórceps o cesárea.

Además, el bebé que nace de una madre tumbada nace también tumbado. En el parto vertical, el bebé nace cabeza abajo, lo que facilita el drenaje de las vías respiratorias desde

que asoma por la vagina. En el parto en cuclillas, además, no existe peligro de que el bebé se caiga, ya que la distancia del canal vaginal al suelo es igual o menor que su tamaño. Eso es algo que, aunque infrecuente, puede ocurrir:

En el momento del expulsivo, la niña cayó directamente al suelo golpeándose la cabeza, ya que nadie la recogió a pesar de estar una matrona atendiendo el parto, un ginecólogo y, en total, unas ocho personas presentes en el paritorio. Mi hija quedó allí sin que nadie reaccionara y la recogiese, a pesar de los gritos de mi marido. El miedo por la vida de la niña o las lesiones que pudiera haber sufrido me produjo un estado de choque.

La posición tumbada influye también en la primera relación madre-hijo, ya que la mujer tumbada boca arriba está por completo ajena a lo que ocurre en su esfera genital. No ver lo que pasa incrementa la angustia y la alienación de su cuerpo. Por el contrario, la mujer que pare de rodillas o en cuclillas puede seguir el parto en todo momento, establecer de inmediato el primer contacto visual con su bebé desde la aparición de su cabeza por la vagina e incluso cogerlo y recibirlo desde que nace.

Incluso cuando el bebé viene con vueltas de cordón, la postura de parto de la madre puede marcar la diferencia. En posición horizontal, el fondo del útero y la inserción placentaria se elevan, dando lugar a un acortamiento relativo del cordón y a un estrechamiento del canal del parto que incrementa la presión sobre el mismo. En posición vertical, en cambio, el útero desciende y la vagina se acorta y ensancha, lo que disminuye la presión sobre el cordón y lo alarga relativamente.

Según muestran los estudios antropológicos, las mujeres pueden adoptar una gran variedad de posiciones a la hora de parir, pero todos han coincidido en señalar que en ninguna cultura la mujer elige libremente la posición acostada para dar a luz, y menos aún con las piernas en alto. Y en la nuestra, tampoco, ya que no fueron las mujeres sino los médicos los que impusieron la postura.

En Occidente, antes de la medicalización del parto, las mujeres se mantenían moviéndose y caminando durante el parto, o se sentaban en el «taburete de parturienta», un taburete bajo con forma de herradura y abertura hacia delante. En muchas zonas rurales españolas, las mujeres utilizaban la «paridera», una gran vasija de cerámica con la parte superior en forma de herradura. Ahora, algunos ginecólogos tienen parideras en sus consultas como objeto decorativo.

Al sentarse sobre el taburete obstétrico, la mujer adopta una posición vertical muy cercana a la de cuclillas, pero menos cansada. En las maternidades europeas, las mujeres pueden dar a luz en él, o también en cuclillas, a cuatro patas, en la bañera, de lado o como les resulte más confortable, ya que lo más confortable es también lo más fisiológico.

## Qué dice la OMS

---

Por lo que se refiere a la postura, en su «clasificación de las prácticas en el parto normal» del año 1999, la OMS incluye entre las «prácticas que son claramente útiles y que deberían ser promovidas»:

- Libertad de posición y movimiento durante todo el parto.
- Estímulo para evitar la posición tumbada (decúbito supino) durante el parto.

Y entre las «prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que deberían ser eliminadas»:

- Posición en decúbito supino (tumbada) de rutina durante la dilatación.
- Posición rutinaria tumbada, con o sin estribos durante el parto.



Para saber más:

---

**Artículos:**

«¿Por qué la verticalidad?» Eva Giberti. [www.parto-natural.net](http://www.parto-natural.net)

«Litotomía en el parto, una práctica cuestionable.»  
Doctor Carlos Burgo. [www.partohumanizado.com.ar](http://www.partohumanizado.com.ar)

«Malposición fetal: implicaciones en el parto.»  
Kmom. *Ob Stare*, n.º 16, primavera 2005.

«Consejos para evitar cesáreas innecesarias.» Folleto de la asociación El Parto es Nuestro. [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org)

«Cuidados en el parto normal: una guía práctica.»  
OMS. [www.partonatural.net](http://www.partonatural.net)

**Libros:**

*El gran libro del embarazo y el parto.* Sheila  
Kitzinger. Interamericana.

*Parir con pasión.* Carlos Burgo.

*L'accouchement accroupi.* Moyses Paciornik. Favre,  
1982.





## Rotura de membranas

La rotura de membranas suele formar parte de las prácticas de rutina en los hospitales, después del rasurado y el enema. En otros países, sin embargo, la bolsa amniótica no se toca y se espera a que se rompa espontáneamente.

Además de contener al bebé y al líquido amniótico, las membranas cumplen funciones que pueden resultar útiles durante el parto. Por ejemplo, protegen el contenido uterino de gérmenes y agentes extraños, amortiguan el efecto de las contracciones sobre el bebé y evitan que el cordón pueda salirse del útero durante el parto —prolapso del cordón—, una situación peligrosa que conduce a la cesárea inmediata. Cuando las membranas permanecen intactas durante el parto, la bolsa de agua precede a la cabeza del niño por el canal del parto, de forma que la presión de las contracciones sobre el cráneo del bebé queda amortiguada. En el caso de llevar el cordón umbilical alrededor del cuello, la bolsa ejerce un efecto amortiguador que disminuye la presión que recibe el cordón.

Habitualmente, las membranas amnióticas suelen romperse espontáneamente al comienzo del parto o al final del primer estadio, cuando la dilatación alcanza los 8 centímetros.

La rotura de la bolsa amniótica tiene un ligero efecto estimulante en las contracciones, debido a la mayor presión de la cabeza del bebé sobre el cuello del útero. Pero no deja de ser una intervención molesta, que probablemente no habría que plantearse si previamente no se sometiera a la mujer a prácticas y situaciones que ralentizan el parto, sea porque generan estrés o porque son antifisiológicas (la postura, por ejemplo). El motivo habitual para romper las membranas es acelerar el parto, aunque los profesionales también esgrimen otras razones, como

observar el color del líquido amniótico para conocer el estado del bebé. Sin embargo, en los partos de baja intervención, el líquido amniótico se suele observar con el amnioscopio, un tubo metálico provisto de una luz en su extremo, que permite ver el color del líquido a través de las membranas sin romperlas. Otro motivo adicional es la monitorización interna, que se realiza insertando un electrodo en el cuero cabelludo del bebé.

Aunque la amniotomía es una práctica de rutina en el hospital, en realidad nada impide dejar la bolsa amniótica intacta.

### **Acompañando**

Guardo un grato recuerdo de un precioso parto natural al que asistí como matrona en el hospital.

Elena entró en proceso de parto, eran las once de la mañana de un soleado domingo, iba a tener a su segundo hijo. Nada más llegar, me dijo muy decidida: «Quiero tener a mi hijo de la forma más natural posible». Yo le contesté muy contenta: «Pues has dado con la comadrona adecuada. Tranquila, que yo haré lo posible por que así sea».

Cuando llegó, tenía el cuello de la matriz a medio borrar y estaba dilatada unos 6 centímetros. La bolsa de las aguas estaba intacta y era muy prominente, y la cabecita del bebé no se había encajado, todavía se movía libremente.

Preferí pasarla a una de las salas de partos. Allí había una cama de partos ancha y muy moderna, muy parecida a una normal de 90 centímetros. Colocar una vía endovenosa y monitorizar continuamente la frecuencia cardíaca fetal son requisitos mínimos que hay que cumplir en el hospital. Yo le coloqué una vía endovenosa, pero le puse un tapón, y no llevó sueroterapia colgando en ningún momento. La vía estaba disponible en caso de urgencia, pero no estorbaba la movilidad.

En cuanto al control de la frecuencia cardíaca fetal, le coloqué solamente la «correa» del latido fetal, y las contracciones las iba marcando yo en un papel conforme las tenía. De esta manera, una molestia menos. Además, como los cables eran largos y la máquina tenía ruedas, Elena podía estar de pie, en cuclillas y moverse con bastante libertad.



Las contracciones habían disminuido mucho su frecuencia desde que había llegado al hospital, solamente tenía una cada quince o veinte minutos. Yo sabía que esto era debido a un período de adaptación. Elena debía coger confianza conmigo y con el lugar donde estaba para poder proseguir con su parto. Solo era cuestión de saber esperar. Pero uno de los ginecólogos de guardia entró y, al ver las escasas contracciones, me sugirió que utilizara oxitocina, porque «supongo que ya le habrás roto la bolsa, ¿no?, ¿no?». «Si está la cabeza libre, no lo encuentro prudente», le dije yo. «Bueno, tú misma, yo encuentro que un poco de oxitocina no le iría mal.»

Salió el ginecólogo y entró una residente de primer año, encendiendo luces y hablando fuerte, con los brazos cruzados, y plantada delante de la mujer y mirándola fijamente, dijo: «Qué, ¿cómo vas? ¿Parirás pronto?».

Amablemente, y disimulando con una sonrisa, la empujé hacia fuera y apagué las intensas luces, dejando únicamente una suave luz indirecta, como tenía yo antes de que entrara ella. Entonces la residente, en el pasillo, me dijo que quería hacer ella el parto. Yo le dije que sí, pero que este parto iba a ser diferente de lo que ella conocía, y le expliqué cuatro nociones sobre parto natural. Era importante no activar el neocórtex con luz y preguntas. Tampoco nada de protagonismos, y no manipular ni tocar más que lo imprescindible. Ella se quedó fuera, pues había urgencias ginecológicas para atender, y yo me quedé con Elena. A la una de la tarde, se reanudó la dinámica uterina, las contracciones eran intensas, pero Elena respiraba lenta y suavemente y sonreía mientras suspiraba, al terminar cada contracción. A las dos, el equipo decidió bajar al comedor, puesto que no había ninguna otra mujer de parto, y yo me quedé con Elena. Ellos me subirían una bandeja. El jefe de la guardia quiso que le hiciera un tacto vaginal para poder comer con tranquilidad: todavía estaba a 6 centímetros y el cuello se encontraba ya borrado, aunque grueso. La cabeza seguía libre. Se fueron tranquilos y advirtiéndome que a la vuelta, si todo seguía igual, habría que romper la bolsa y poner oxitocina.

Ellos salieron y Elena suspiró y me dijo: «Bueno, tengo que parir antes de que vuelvan». Yo reí, pues pensé que bromeaba, claro. Me pidió que cerrara la puerta, que había quedado abierta, y se colocó en cuclillas, moviendo la pelvis con cada contracción,

y estas empezaron a sucederse con mucha frecuencia y con mucha intensidad. Habían pasado apenas veinte minutos cuando Elena empezó a perder los papeles y escuché el primer grito de expulsivo. Instintivamente apretaba con fuerza, agarrándose a la cama. Quiso subir a la cama de partos que, como he dicho antes, era una cama de 90 centímetros, con mucha movilidad. La coloqué sentada del todo y, retirando la parte inferior de la cama, sus pies se apoyaron en unas repisas, de manera que quedó colocada como en una silla de partos, pero más alta. Vi la bolsa de las aguas abombándose en la vagina, como una tela blanca, translúcida, a través de la cual se veía el cabello negro del bebé.

Elena lanzó un alarido tremendo y, justo entonces, entró todo el equipo de guardia con la respiración agitada y la mirada de terror. Yo me los quedé mirando, serena, sonriendo. «Todo está bien», les dije. La residente, toda nerviosa: «¿Me lavo? ¿Me lavo?». «No te laves —le dije yo—, ponte unos guantes y haz lo que yo te diga, de momento nada.» La bolsa estaba abombándose tremendamente, con la cabeza abombándose a su vez dentro a un cuarto plano. La residente se situó delante y yo, previendo lo que iba a pasar, me quedé en un ladito, junto a la pierna de Elena, e indiqué a la residente que protegiera el periné con una gasa, mientras recomendé a Elena que soplara rápida y suavemente, pues era el punto máximo de distensión del periné.

Entonces reventó la bolsa y la residente, y todo lo que había tres metros por delante, se empapó de aguas limpias. De inmediato, la cabecita de Pep salió, salieron los hombros y ayudé a Elena a recoger a su niño, que, colocado sobre la piel de la madre, fue tapado con toallas calientes, antes de que se le colocara un gorrito.

Apenas lloró unos segundos, aunque con fuerza, y luego se quedó tranquilo. Entonces los que lloraban eran los padres, pero de emoción y felicidad. Yo también me emocioné mucho. Mientras, la residente se quejaba de la ducha recibida. No hubo nada que suturar, la placenta salió sin problemas, y Elena quiso salir andando de la sala de partos.

Cuando fui a verla por la noche, me dijo que le había dado mucha confianza en que todo iba a ir bien y que no tuvo miedo en ningún momento. Y ante todo, agradecía a Dios haberme encontrado de guardia, pues, en el parto anterior, también ha-

bía querido parir de manera natural, pero se encontró con una matrona que no respetó su deseo y todo acabó con peridural y fórceps. Me dijo que era una injusticia que algo tan importante en tu vida como tu parto soñado dependiera de algo tan poco importante como quién encontraras de guardia.

Yo, la verdad, disfruté mucho con este parto.

INMA MARCOS. Matrona. Barcelona

## El meneílo

Una forma de estimular el desencadenamiento del parto es la maniobra de Hamilton, más popularmente conocida como «el meneílo». Consiste en despegar las membranas de la bolsa amniótica de las paredes del cuello. Se realiza cuando la mujer está cerca de la fecha probable del parto y tiene condiciones favorables: cuello algo borrado, un poco de dilatación... Algunas mujeres se refieren a ella como algo doloroso e invasivo, no solamente por la maniobra en sí, sino por el hecho de que a menudo se hace sin avisar. Algunas incluso sangran. Esta madre, obviamente, no sabía lo que era:

Sufrí lo que cada vez tengo más claro que fue una «innecesárea.» Y es que yo «me porté mal». Fui antes de tiempo, asustada por los monitores y por una maniobra de Hamilton que me practicaron sin informarme y que hizo que mi útero se volviera loco y se dedicara a estar cuatro días con contracciones de Braxton-Hicks cada vez más gordas. Así que cuando llegué, estaba en pródromos, pero les debía de venir bien, porque era lunes y tenían camas. Encima luego les dije que yo tumbada boca arriba no quería estar, que me mareaba y que no me quería acostar, que estaba bien de pie. Total, una revolucionaria «de las que se creen lo de la OMS», y una bonita inducción al canto directamente con oxitocina, con el cuello del útero duro y sin dilatar casi nada, que, por supuesto, acabó en cesárea.

IRENE

Una de las consignas entre las madres que pretenden tener un parto fisiológico es tener cuidado con las últimas revisiones y evitar que un meneílo por sorpresa desencadene el parto antes de que se inicie espontáneamente.

### Qué dice la OMS

---

Por lo que se refiere a la rotura de membranas, en su «clasificación de las prácticas en el parto normal» del año 1999, la OMS incluye la «rotura artificial de la bolsa amniótica en la primera fase del parto» entre las «prácticas de las que no existe evidencia clara y deben usarse con cautela».

### Para saber más:

---

#### **Libros:**

*Guía de la mujer consciente por un parto mejor.*

Henci Goer. Ob Stare, 2006.

*L'accouchement accroupi.* Moyses Paciornik. Ed.

Favre, 1982.



## Oxitocina

El parto está dirigido por un cóctel de hormonas, entre las que se encuentra la oxitocina. Pero el estado hormonal de una parturienta es delicado: cualquier cosa que estimule la producción de adrenalina (miedo, estrés, sentirse insegura...) puede afectar negativamente a la producción de oxitocina y entorpecer la dilatación. Por eso la insistencia de Michel Odent en la pregunta: «¿Cuáles son las necesidades reales de las mujeres de parto?».

En la mayoría de los hospitales, se actúa como si la producción interna de hormonas no existiera, y la administración de oxitocina intravenosa suele formar parte del protocolo. A partir del momento en que se aplica, las contracciones aumentan su intensidad y duración, son más seguidas y más dolorosas. Casi no da tiempo a recuperarse entre una y otra. Muchas mujeres, conscientes de ello, piden que se les deje dilatar a su ritmo. A menudo, la respuesta es tranquilizadora: «No te preocupes, es solamente suero». Pero la experiencia demuestra que una vía abierta en el cuerpo de la parturienta es una puerta abierta a lo desconocido.

He vuelto a revivir aquellos momentos como si hubiera sido ayer mismo, es increíble y triste cómo lo recuerdo todo con detalle. Espero haber expresado todo lo mal que lo pasé para que llegue a alguna matrona y se den cuenta de que la oxitocina no es algo que se deba poner a la ligera, y muchísimo menos sin que la mujer lo sepa. Me da tanta rabia cada vez que escucho la famosa frase «llegué al hospital con X centímetros y me pusieron el gotero de oxitocina para acelerar el proceso...».

La oxitocina aumenta la potencia, duración y frecuencia de las contracciones; el parto se acelera, pero a costa de ser más doloroso e incrementar el riesgo, tanto para la madre como para el bebé. Para este, la oxitocina supone soportar una presión más intensa y más seguida, habitualmente en una posición ya de por sí comprometida, que es la horizontal. Oxitocina + posición tumbada es una combinación que eleva el riesgo de sufrimiento fetal y, por tanto, de cesárea.

En otros países europeos, la oxitocina nunca se emplea por rutina, sino únicamente en caso de necesidad. En España se utiliza para manipular y acortar la duración del parto con el fin de ajustarlo a las expectativas del personal y del hospital:

En la preparación, nos decían que como máximo se permite una hora, y a mí en el hospital me dieron diez minutos, y luego se atreven a poner en el parte «expulsivo prolongado».

ANA

La oxitocina sintética es una droga poderosa que puede resultar útil en determinados casos y utilizada con prudencia. Habitualmente forma parte de la rutina hospitalaria y sirve para acelerar los partos a los que se adjudican unos tiempos artificialmente impuestos. Según la veterana matrona Consuelo Ruiz:

Es preferible esperar y que sea la Naturaleza la que ejecute espontáneamente ese trabajo. A veces, los oxitócicos tienen efectos inesperados y hay que evitar, a toda costa, que se produzca la menor complicación. Mi experiencia es que la dilatación natural, si se realiza en un cérvix debidamente reblandecido, es muy soportable, a pesar de ser la peor fase del parto, y no hace falta que las contracciones sean fuertes y seguidas. Yo he visto muchas veces llegar a la dilatación completa con contracciones tan suaves que la mujer creía que aún no estaba de parto.

Y es que cuando los tiempos se respetan, la dilatación no solamente es más llevadera, sino que disminuye notablemente el riesgo de desgarro.

Muchas matronas se quejan de que las mujeres llegan al hospital pidiendo la epidural. «Las mujeres ya no quieren sufrir», dicen. Pero la realidad es que el dolor de un parto hospitalario hoy en día no es comparable con el de un parto fisiológico. Las mujeres que entran por la puerta de urgencias lo hacen sabiendo lo que les espera: inmovilización, oxitocina, episiotomía... Los cursos de preparación al parto preparan a las mujeres, sí, pero no para parir —lo que la mayoría de las mamíferas sabe hacer si se las deja tranquilas—, sino para que todo lo que se les va a hacer les parezca natural.

El hecho es que un parto forzado con oxitocina nada tiene que ver con un parto normal.

### **Historia de Fran**

Dijeron que me quitase la ropa e inmediatamente se presentó una matrona con una maquinilla de afeitar en una mano y un enema en la otra. La miré incrédula. Se suponía que solamente iba a quedarme bajo vigilancia. ¿Por qué afeitarme? Dije que no quería que me afeitasen y que no necesitaba ningún enema. Insistieron. Comprendí que estaban dando por sentado que pariría allí mismo. Ni siquiera tenía contracciones de parto. Saqué de entre mis papeles las recomendaciones de la OMS sobre el parto y se las di a la comadrona para que me dejase en paz. Decían bien claro que no se recomiendan ni el afeitado ni los enemas. Se burlaron de mi petición, pero no siguieron insistiendo en el afeitado. Fue como una concesión al capricho de una niña pequeña. Fue la única y última; una vez me tuvieron tumbada y medio desnuda, se acabó, no hubo más «concesiones».

Empezaron a atosigarme, ahora una matrona quería cogerme una vía «por si acaso». ¿Por si acaso qué? Me tomó la mano sin explicar nada y me clavó la aguja. Luego trajo un gotero. Dije que no quería oxitocina sintética y me negué a que me la pusieran. Volvieron las presiones. Me aseguró que solamente se trataba de un suero glucosado para hidratarme y que si no quería oxitocina, no me la pondrían. Quería que me dejaran en paz y recordé que no había tomado nada de líquidos desde hacía muchas horas, así que alargué el brazo para que me pusieran «el suero». Pedí que me

dejaran a solas, necesitaba tiempo para resignarme a lo que se me venía encima, llorar y desahogarme. Me dijeron que abriese las piernas, yo pensé que para examinarme, y sin avisar me rompieron la bolsa. El líquido estaba limpio, según dijeron. Ya no había marcha atrás. Rompí a llorar, no quería que mi hija naciera en aquel ambiente. La ginecóloga dijo que si quería «me pintaban la habitación de rosa».

Se había encargado de contar a toda la planta que yo era «la que iba a parir en casa», que era primeriza, que me estaba portando mal y que pretendía parir «según la OMS». Trajo a la habitación a uno de sus amigos médicos, alguien con quien yo había hablado unos días antes. Le pregunté por qué en los hospitales nos obligaban a parir tumbadas y reconoció con satisfacción que el potro era malo para las mujeres, pero los obstetras estaban mucho más cómodos. Me pareció una persona detestable. Y estaba allí, en mi parto. Podía entrar y salir de la habitación cuando quisiese, meter sus manos en mi vagina e inyectarme lo que quisiera cuando quisiera. ¿Cómo podía ocurrirme aquello? Yo lloraba sin parar pensando que mi hija iba a nacer entre aquella gente hostil.

Necesitaba huir de allí. Salí de la habitación descompuesta, descalza, tapada apenas por una camisilla y arrastrando las ruedas del gotero. Otras mujeres vagaban como almas en pena por aquel pasillo, pero apenas podía verlas porque las lágrimas me cegaban. Me sentí indefensa y profundamente sola. Sentí en mi corazón la certeza de que aquello iba a ser una carnicería. Intenté consolarme de estos negros pensamientos confiando en que, al menos, volverían a monitorizarme y entonces podría tener un registro fiable del latido del corazón de mi hija. No pasaron ni diez minutos cuando vinieron a buscarme. Me tumbaron en la camilla y hablaron de hacer una monitorización interna. Esto se hace clavando un electrodo en la piel que rodea el cráneo. El registro del monitor externo demostraba que mi bebé estaba bien. ¿Por qué hacer algo tan agresivo? Yo decía: «¡No!, ¡no! ¡Pobre hija mía!». Y cosas así. Tenía las piernas abiertas y no podía moverme por miedo a que pincharan mal. No podía hacer nada. Ignoraron mi súplica y mi llanto, me reprendieron y siguieron a lo suyo. Como no llegaban a la cabeza, la matrona apretó el útero hacia abajo e hizo varias maniobras. Yo lloraba y lloraba por el daño que le iban



a hacer a mi bebé. Tras mucho forcejear, acabaron: su latido era normal. Sentí que habían abusado de mí y de mi hija.

Pedí otra vez que me dejaran un rato a solas con mi marido, pero nadie me escuchaba. Durante todo este tiempo, me encontré sola defendiéndome de todas estas intervenciones rutinarias. Hicieron creer a mi hermana y mi marido (a mí nadie me hablaba) que todo aquello era imprescindible para la vida de mi hija y, sin embargo, no habían accedido a una comprobación tan sencilla como tenerme unas horas con monitorización externa, como pedí. Actuaban como si yo no existiese o fuese una disminuida psíquica. Mis más elementales necesidades como beber, descansar, asimilar lo que estaba pasando o hablar a solas con mi marido fueron ignoradas.

Apenas empecé a sentir algunas contracciones, la ginecóloga se fue hacia el gotero y lo manipuló. En unos instantes, noté que el ritmo de las contracciones se alteraba y sentí un fuerte dolor en los riñones. No había descanso entre contracción y contracción, el dolor no cesaba. Me asusté, algo no iba bien. Empecé a retorcerme y me tiré de bruce sobre la cama. Al verme la ginecóloga, me examinó. Tenía un anillo, según dijo. El cuello del útero se contrajo y quedó rígido. Volvió a manipular el gotero y dijo que me pusieran buscapina. Pregunté qué era un anillo. Me dijo que no lo sabía. La buscapina no funcionó. Supe que no podría seguir adelante con aquello, que algo malo estaba ocurriéndome, no había relajación y el dolor era incontrolable.

Luego supe que me habían engañado con el contenido del gotero y estaba sufriendo una hipertonía provocada por la oxitocina sintética. El ritmo cardíaco del bebé se alteró y cada vez era más irregular. Al no haber relajación, no podía recuperarse lo suficiente entre contracciones. Uno de los efectos de la oxitocina sintética es el sufrimiento fetal agudo. Una hipertonía puede provocar también rotura uterina, una situación crítica para la vida del bebé y de la madre. No podía ayudarme con la respiración y empezaba a sentir convulsiones. Me desmoroné y pedí la epidural. La ginecóloga se burló de mí: «¿No querías un parto natural? —me dijo—, pues aguántate». Hablaba de parto natural cuando mi hija tenía un electrodo en la cabeza y yo estaba atada a un gotero, rodeada de cables y sufriendo los efectos de una droga que

me habían transfundido con engaño. Bien sabía ella cuáles iban a ser los efectos del «suero glucosado» con el que consiguieron hacerme parir en tres horas. ¡Qué gran triunfo de la medicina! Tuve que mendigar la anestesia y me sentí profundamente humillada.

Durante todo este tiempo, nadie me dio ánimos, nadie me consoló. Para cuando llegó la anestesista, ya casi tenía siete centímetros de dilatación, el peor momento para poner la epidural. Me hicieron firmar una hoja de «consentimiento informado». Por supuesto nadie me informó de nada, pero tampoco importaba, porque en el estado en el que me encontraba, física y psicológicamente, no tenía más remedio que recurrir a ella. ¿Y por qué no habían pedido mi consentimiento para todas las intervenciones que me condujeron a ese estado? ¿Por qué no me dieron a firmar un consentimiento informado para lo que me estaban haciendo, una inducción? ¡Qué gran engaño! ¡Qué farsa!

Me advirtieron de que debía quedarme completamente quieta mientras me punzaban en la columna con la aguja. Me pareció que no podría soportar permanecer quieta y doblada sobre el vientre ni siquiera un segundo. La anestesista dijo a la ginecóloga que se fijara en el momento de relajación entre contracciones para pincharme. ¿Qué relajación? Yo sufría hipertonia, no había ninguna relajación entre contracciones. Llevaba al menos cuarenta minutos sufriendo la misma contracción. Pero la ginecóloga echó un vistazo a la máquina de monitorización y dijo: «Ahora». Podía haberlo dicho antes o después, hubiera dado igual. ¿Por qué no me preguntó qué ocurría? ¿Quién estaba de parto, la máquina o yo? Me di cuenta de que no tenían ni idea de lo que estaban haciendo. Me pincharon en plena contracción y aún no se cómo pude contener los temblores que me sacudían. Fui muy consciente del peligro en el que estaba.

Me subieron a un potro y me dijeron que empujase. Con los pies en los estribos, comprobé por mí misma lo difícil que es empujar en la posición en que quedé. Los riñones y la espalda deben levantar todo el peso del cuerpo y luchar por incorporarte para poder hacer fuerza con el vientre. La necesidad y el instinto te obligan a incorporarte, desde luego, a pesar de la postura, y es la espalda la que paga el precio. Mientras empujaba y me rajaban, tuve que oír comentarios desagradables y bro-

mitas por haber pedido que durante mi parto se respetasen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Había conseguido que no me afeitasen y una residente joven que se había unido al grupo me aseguró que iba a infectarme. El obstetra que días antes me dijo que el potro era más cómodo para los médicos me preguntó con sorna cuánto cobraba el médico que iba a atenderme en casa. Tenía miedo de que me hicieran aún más daño, mi indefensión era total y solamente una mujer que haya estado en esa situación sabe lo vulnerables que somos. ¿Cuánto dinero? Yo habría pagado lo que fuese para que mi hija no naciese de aquella forma.

Intenté ignorarles y me concentré en empujar con toda mi alma. Nadie me dijo que la anestesia podía rebajarse para permitirme sentir las contracciones. Aun así conseguí que apareciese la cabeza del bebé y, por primera vez desde que pisé el hospital, me sentí aliviada al pensar que, a pesar de todo lo que me hiciese o dijese aquella gente, mi hija iba a nacer. Todo iba bien al parecer, pero de repente oí hablar de «anillas». Pregunté qué ocurría. Nadie me contestó, pregunté a la enfermera si estaban usando fórceps. Asintió con la cabeza. Me sentí como un mueble, como un trozo de carne sobre el que cortar sin ninguna preocupación. El obstetra que se había burlado de mí con más saña estaba en esos momentos apretando la cabeza de mi hija con unas tenazas y tirando de su cabeza con todo el peso de su cuerpo.

Sacaron a la niña y la pasaron por encima de mi cabeza. Estaba como desmayada. Alargué instintivamente los brazos hacia ella, pero no pude ni rozarla con las yemas de los dedos. Pedí desesperada que me dejaran abrazarla. Me reprendieron, dijeron que la niña estaba mal. Yo no sabía qué ocurría. Giré la cabeza hacia atrás y vi que había varios médicos sobre ella, reanimándola, gritando. Le hicieron reanimación de nivel III, ombú. Pasé mucho miedo, no la oía llorar. Temí que hubiera muerto o sufriera lesiones graves. Nadie me hablaba. Finalmente oí su llanto y al menos supe que vivía. Pedí que me la dejaran abrazar y me llamaron irresponsable. Le dije a su padre que se fuera con ella, que no la dejara sola. Eso fue lo único que pude hacer por mi hija. La ingresaron en neonatología. Aún tiene en la cabeza las marcas de los pinchazos que le hicieron para monitorizarla.

Además de hacerme una episiotomía muy grande, me desgarraron con los fórceps y me cortaron y cosieron el músculo elevador del ano. Tengo una cicatriz desde el cuello del útero hasta la abertura vaginal. El informe no menciona nada de esto, dice que no hubo desgarros y que el alumbramiento fue espontáneo. Es falso: tiraron de la placenta y me hicieron sangrar tanto que hasta cuatro meses después del parto, no recuperé las fuerzas. Con los temblores de frío que siguen al parto, pedí una manta, pero hasta que mi marido no fue a buscar una sábana, no me cubrieron con nada.

Durante trece días, permanecí en la cama y no pude salir a la calle hasta veinticinco días después. En los dos primeros días de mi estancia en el hospital, no pude orinar. Las enfermeras insistieron en que me levantara y fuese al lavabo, pero no podía poner un pie en el suelo sin sentir un terrible dolor muscular. Cada vez que explicaba que me encontraba realmente mal, me dirigían miradas de reproche, así que me levanté apoyada en dos de ellas. Apenas llegué al baño, me desmayé y tuvieron que devolverme a la cama en un sillón con ruedas. Luego me sondaron.

FRANCISCA FERNÁNDEZ GUILLÉN

## Inducción

La oxitocina también se utiliza para provocar el parto. Los partos pueden inducirse por muy variados motivos. Algunos son por indicación médica, pero en muchos casos priman las razones de conveniencia. Los índices de inducciones en los hospitales suelen variar, siendo mucho más frecuentes en las clínicas privadas, donde los partos se concentran en el horario de nueve a ocho de lunes a viernes. Dado que es poco probable que la naturaleza descanse en fin de semana, y siendo la noche propicia para parir, estas cifras solamente pueden deberse a la frecuencia de las inducciones.

Muchas mujeres piensan que no hay diferencia entre ponerse de parto espontáneamente y ser inducida. Los profesionales, en cambio, saben que sí la hay. Muchos ginecólogos

saben que inducir un parto con el cuello duro y sin síntomas de parto tiene un riesgo elevado de que no funcione. En realidad, la inducción funciona bien cuando ya existen indicios de inminencia del parto (cuello borrado, pródromos...), que es tanto como decir que esperar un poco podría hacer innecesario inducir.

Un alto índice de inducciones en un centro hospitalario siempre va acompañado de un alto índice de cesáreas. No solamente por el riesgo de fracaso de la inducción, sino porque, al ser más doloroso, es más fácil que la mujer pida pronto la epidural. La epidural antes de los 5 centímetros de dilatación puede hacer que esta no progrese lo suficiente. Muchas mujeres cuentan que les pusieron a la vez la oxitocina y la epidural, un cóctel que eleva considerablemente el riesgo de cesárea y parto con fórceps o espátulas.

Para la OMS, cualquier intento de encontrar una relación entre el incremento del índice de inducciones y la reducción de la mortalidad perinatal ha sido en vano. Sí se ha encontrado, sin embargo, una relación directa entre el índice de partos provocados y un aumento del número de bebés con bajo peso que requiere asistencia médica, con lo que eso supone de separación de madre y bebé, entorpecimiento del vínculo y de la lactancia materna, exposición del bebé a procedimientos invasivos, etc.

La oxitocina es un procedimiento para acelerar el parto invasivo y doloroso, que incrementa la fuerza y la frecuencia de las contracciones uterinas. Muchas mujeres se sienten «forzadas» en su parto, a merced de otros:

Esto ocurrió en el año 2000 y, durante casi tres años, intenté olvidarlo, no pensarlo, no contarlo, que no existiera. Mi recuerdo del parto no era en absoluto el dolor (que evidentemente lo hubo), era algo que yo definía como «estar vendida», era no conocer, no saber qué estaban haciendo, no tener control sobre nada, algo entre angustioso y humillante; tenía claro que mi parto había sido una experiencia horrible pero no sabía explicar por qué, me preguntaban si me habían tratado mal y yo decía que no, que todo lo contrario (incluso recuerdo que le estaba tan agradecida

a la matrona por todo lo que «me había ayudado» que pensaba mandarle pasteles cuando mi hijo cumpliera un año); pensaba simplemente que eso era un parto y que a mí «no se me daba bien» parir; solamente tenía la sensación de que no estaba bien haber tardado tan poco, de que «me habían hecho parir» a base de oxitocina, de apretar antes de tener que hacerlo y de ponérseme gente encima...

## Efectos sobre el comportamiento

Por otra parte, la oxitocina sintética tiene efectos físicos, si bien al no llegar al cerebro, carece de los efectos que sobre la conducta ejerce la oxitocina endógena, hormona del amor que prepara a la madre y al bebé para la «impronta». La oxitocina endógena, a su vez, por un mecanismo de retroalimentación, deja de producirse en presencia de su variante de síntesis. Esto hace que la mujer que da a luz bajo los efectos de las hormonas artificiales no esté impregnada de las hormonas del amor que su cuerpo habría producido para hacer de su primer encuentro con su bebé algo verdaderamente mágico y gozoso. Algo parecido sucede en el caso de la cesárea programada, en la que el bebé es extraído sin preparación previa, en un estado hormonal neutro, o a lo sumo de estrés y miedo por la operación.

## Qué dice la OMS

---

Por lo que se refiere al uso de la oxitocina y de las perfusiones intravenosas, en su «clasificación de las prácticas en el parto normal» del año 1999, la OMS incluye entre las «prácticas que son claramente útiles y que deberían ser promovidas» el «ofrecer líquidos por vía oral durante el parto»; entre las «prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces, que deberían ser eliminadas», la «perfusión intravenosa de rutina en el parto»; y entre las «prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente», la «estimulación con oxitocina».



Para saber más:

---

**Artículos:**

«Violencia hospitalaria, el caso del Pitocín.» Gabriela Cob y Marie Tyndall. [www.cosmovisiones.com/primal](http://www.cosmovisiones.com/primal)

**Libros:**

*Guía de la mujer consciente para un parto mejor.*  
Henci Goer. Ob Stare, 2006.

**Webs:**

[www.episiotomia.info](http://www.episiotomia.info)





## La química y la bioquímica

La mujer no aprende a dar a luz más de lo que aprende a gestar a su bebé. La naturaleza provee... si se le deja. El parto se desencadena espontáneamente y progresa gracias a un estado hormonal específico. Que el parto se desarrolle con normalidad depende, sobre todo, del equilibrio hormonal de la madre. Sin embargo, nada más fácil que perturbarlo. Se puede hacer de varias maneras.

La primera es inducir la creencia de que el nacimiento es una experiencia dolorosa y peligrosa necesitada de ayuda altamente especializada y tecnificada. Ese miedo, junto con la ansiedad producida por la ausencia de intimidad, la situación de subordinación y las prácticas de rutina, pueden alterar significativamente el equilibrio hormonal de la mujer durante el parto.

El miedo, el estrés, la ansiedad incrementan la secreción de adrenalina. Entre sus muchos efectos, está el de inhibir la producción de oxitocina, hormona reguladora del parto. Otra consecuencia es que aumenta el tono muscular, algo poco conveniente cuando de lo que se trata es de relajarse y dilatar. Todo ello dificulta el progreso del parto, pudiendo llegar incluso a interrumpirlo totalmente. Es una reacción mamífera, que detiene el parto cuando la parturienta no se siente segura. Para muchas mujeres, la mera llegada al hospital supone la interrupción del proceso de dilatación durante horas, aunque habitualmente este parón se recupera por medio de la oxitocina intravenosa.

En la mayoría de los hospitales, la oxitocina se administra por rutina. Esta hormona sintética vuelve las contracciones más potentes, resultando más violentas para el bebé y más dolorosas para la parturienta. En estas condiciones, es fácil que

la madre reclame anestesia. La anestesia, incluida la epidural, puede disminuir la eficacia de las contracciones, haciendo necesarias otras intervenciones (fórceps...). Es una escalada de intervenciones, cada una de las cuales conduce a la siguiente, en la que puede llegar el punto en que lo único que quiere la mujer es acabar cuanto antes.

Uno de los efectos secundarios de la anestesia es la disminución de la producción endógena de las endorfinas. Estas son morfina endógenas que disminuyen el dolor y proporcionan placer. En condiciones normales, el organismo las segrega en gran cantidad en el parto, pero en presencia de otros anestésicos o sustancias opiáceas, su producción disminuye. La madre anestesiada no necesita producir tantas endorfinas.

Pero no es lo mismo dar a luz con anestesia que con la ayuda de las propias endorfinas. Tanto estas como la oxitocina no solamente son naturales, fisiológicas y carentes de efectos secundarios, sino que además tienen otros efectos importantes, como preparar psicológicamente a la madre para la creación del vínculo con su bebé. Un propósito para el que las sustancias artificiales no sirven. La oxitocina, hormona del amor, se secreta durante el parto y justo después en una cantidad superior a cualquier otro momento de la vida, y tiene un poderoso efecto favorecedor del vínculo. Las endorfinas, hormonas del placer y del apego, completan la fórmula mágica de hormonas del amor que hacen del primer encuentro de madre y bebé un momento mágico y de efectos perdurables. Solamente las mujeres que dan a luz en libertad, intimidad y con respeto pueden segregar de manera óptima los «mensajeros químicos del amor».

Son muchos expertos los que advierten de que la anestesia epidural, a la vez que elimina el dolor, también puede eliminar otras cosas. En un experimento realizado con cabras, cuando se las hacía parir con epidural, estas no reconocían a sus crías y se desentendían de ellas. Una madre que había tenido dos hijos sin anestesia y un tercero con epidural contaba que «dar a luz con anestesia epidural es como ver el nacimiento de tu hijo en un documental». La psicóloga Laura Gutman habla de *desconexión*.

Quizá ha llegado el momento de comprender cuál es el verdadero papel de la epidural en el contexto del parto hospitalario. Como afirma lúcidamente Andrea Robertson: «Quizá ha llegado el momento de examinar la necesidad de epidurales desde una perspectiva diferente, la del fracaso de los hospitales en el intento de proporcionar a las mujeres un entorno seguro y protector para el parto, en lugar de etiquetar a las mujeres como “fracasadas” cuando sus cuerpos tienen miedo ante la tesitura en que se las coloca».

Muchas madres que disponen de la oportunidad de tener un parto respetado viven auténticos estados alterados de consciencia a causa de estos opiáceos internos. Cossy nos cuenta cómo en su parto se sentía «colocada».

... Comienzo a sentirme como drogada, es evidente que entro en transición pero ¿cómo es posible eso? Francamente no me sentía «de parto». Comienzo a sospechar que a lo mejor me han administrado algo y me han drogado, repaso los momentos y me doy cuenta que todo está en mi imaginación. Comienzo a hablar realmente como si estuviera completamente drogada y me pregunto una y otra vez por qué me siento así. Lucy me explica que estoy en la transición... y yo asiento con un «ah, con razón, umm». Comienzo a buscar en mi mente qué fase es esa de la transición y me niego a estar en ella, me sigo sintiendo verde. Yo pienso que si es que le da la gana de nacer al bebé, sería hasta por la noche.

Lucy me pide en varias ocasiones que puje, pero Alicia me dice al oído (aunque no presente, sino por medio de los recuerdos de lo que me ha dicho en ocasiones anteriores al parto) que si alguien me dice que puje y mi cuerpo no tiene ganas de pujar, no discuta, simplemente no lo haga porque me cansaré más y cuando sea la verdadera hora de pujar, no podré hacerlo, así que desisto y no hago caso, sigo sin pujar.

Decido ponerme a cuatro patas como estaba en mi cama. Lucy no hace otra cosa más que repetirme que pronto veré a mi bebé, que necesito esforzarme y pujar, y yo sigo sin hacer caso. Que el bebé está perfectamente y que vamos bien. Yo sigo pensando que es mejor dormirme un ratito porque todavía falta mucho pero ¡ay, qué drogada me siento! Me sigo preguntando

si he fumado marihuana, cocaína, o «algo» porque me siento drogadísima.

(Ahora creo que lo que sucedió es que la calma, la tranquilidad de verme libre de las presiones de un hospital y la comodidad de mi hogar y la gente estupenda que estaba conmigo hicieron que mi cuerpo creara en exceso las tan famosas endorfinas, anestésico natural que en mí provocó un exceso de «dopaje».)

Al bajarme de la cama y sentarme en la silla de partos que Lucy ha traído, Alicia eufórica grita: «¡Ahí está el bebé!». Lucy se asoma y dice que es verdad, que está coronando, yo incrédula les digo que no siento nada, ni una presión ni nada. Me invita Lucy a autoexplorarme para que sienta sus cabellitos, lo hago y al sentirlos quito la mano de asombro y susto a la vez. Comienzo a creer que esto va en serio, no como antes, que pensaba que apenas iba a comenzar el *show*.

Me pongo alerta lo más que puede para percibir todas las sensaciones, me muero de ganas de sentir el tan famoso círculo de fuego sobre el que he leído en algunos relatos. Recuerdo haber visto fotografías y vídeos de partos, mi propio parto anterior en el que sale la cabecita y se espera un momento hasta la siguiente contracción, con la que sale el cuerpo. Llega la contracción, al cólico no le hago caso alguno y ahora siento unas ganas tremendas de hacer caca, ups, ha salido la bebé de un solo sopetón, ha salido la cabeza y en el siguiente el cuerpo, la he visto salir de mí así de rápido y de un solo empujón. He estado atenta al círculo de fuego pero me ha dado esa sensación por un segundo solamente y he dicho internamente: «¿Eso es todo?».

Me recuesto mientras bañan a la nena a mi ladito, Alicia se me acerca y me pregunta si todavía siento «ese cansancio» que yo decía, que estaba como drogada o ida. Y le digo: «No, se esfumó. ¡Ja, ja, ja, ja!» Y me dice: «¿Ya ves?»

COSSY. SALTILLO, COAHUILA, MÉXICO

Hay mucho miedo al dolor en el parto, aunque no siempre se tiene en cuenta que el dolor de un parto que progresa por

sí mismo no es comparable con el de uno intervenido. Así lo expresaba una madre que había dado a luz en Pithiviers:

En Pithiviers se sufre, pero se tiene el derecho a decirlo. Se vive el dolor de otra manera, se tiene el derecho de vivirlo, de expresarlo... Este dolor que se puede expresar en el momento no es traumático, porque no se asocia a humillaciones, o a lo que puede vivirse como violencia sexual (afeitado, episiotomía, etc.). Me parece que se sufre en el cuerpo, pero no en la sexualidad... Hay un espacio de soledad en el dolor, pero no se está, además, obligada a hacer frente a la imbecilidad de un sistema deshumanizado.

Los bebés que nacen únicamente con la ayuda de las propias hormonas y las de la madre vienen al mundo en un estado de máxima alerta, favorecido por el rápido desarrollo neuronal que tiene lugar antes, durante y después del nacimiento, y por la adrenalina y las endorfinas que segregan en grandes cantidades durante el parto y especialmente en el expulsivo. Este estado de alerta favorece su primer encuentro con la madre y la creación del vínculo. A este respecto, el pediatra doctor Accolet comenta su sorpresa cuando se trasladó a la maternidad de Pithiviers:

Me chocó el mínimo porcentaje de niños que necesita una verdadera reanimación posnatal primaria, en comparación con la frecuencia con que era llamado de urgencia cuando estaba de pediatra de guardia en los paritorios. Puede pasar un año sin que sea necesaria una intubación, y pienso que esto se debe al tipo de obstetricia que se practica en Pithiviers: sin droga. Lo que es una experiencia probablemente única en las maternidades occidentales. Pasan meses sin que se utilicen morfínicos u oxitócicos. Los tranquilizantes también se usan raramente. De hecho, no se producen nunca depresiones respiratorias medicamentosas ni comas barbitúricos iatrogénicos que precisen reanimación, un factor suplementario de separación entre madre y bebé tras el nacimiento. Después, la madre vuelve a pie a su habitación, sostenida por la comadrona o el padre, con el

bebé en sus brazos. Eso también me chocó. Siempre he visto a la madre volver a su habitación en camilla y el niño en brazos del personal médico.

Mucho se habla de las ventajas de la anestesia epidural, pero no de sus inconvenientes, como la disminución de la eficacia de las contracciones —la mujer no sabe cuándo «empujar»—, bajada de tensión y, después de muchas horas, incluso fiebre. Muchos profesionales observan que los bebés nacidos con epidural muestran un nivel de alerta inferior a los nacidos sin ninguna estimulación química ni analgesia. Por otra parte, existe el riesgo de no acertar con la dosificación. Una epidural mal dosificada puede conducir incluso a una parada respiratoria.

Mi primer hijo nació hace casi diez años en una clínica privada. Acudí a la clínica demasiado pronto (craso error) y después de sufrir enemas, afeitados, cinturones, oxitocina, inmovilización en la cama y malos modos por parte del personal durante unas diez horas, solamente había dilatado 3 centímetros. Me diagnosticaron «desproporción cefalopélvica» (tendríais que verme las caderas para echaros a reír) y, como era mediodía de viernes y mi médico se quería ir a esquiar, mi hijo nació por cesárea a las tres y media de la tarde. Pesó 3,950 kilos. La anestesia espinal que me pusieron me provocó una parada respiratoria en el quirófano y tuvieron que reanimarme. Recuerdo a todos pegando voces como en las películas cuando las máquinas empezaron a pitar. Me desperté cuando estaban sacando al niño.

ÁNGELA ÁLVAREZ

## Respiración

La respiración es otra forma de incidir artificialmente en el estado de ánimo de la madre. La preparación para el parto de las embarazadas, en general concebida para ajustar su conducta a lo que se espera de ellas, enseña a las mujeres, entre otras

cosas, a «respirar». Pero las técnicas artificiales de respiración se basan en un concepto puramente mecanicista, según el cual la respiración debe ser superficial durante la primera fase del parto y más profunda, con retención «para empujar», en la segunda, como si el diafragma actuara de pistón.

Semejante técnica, sin embargo, no tiene en cuenta la insoslayable relación existente entre la respiración y el estado emocional y hormonal. Cada estado emocional va de la mano de un determinado estado hormonal, y a cada estado anímico le corresponde un tipo de respiración. Por ello, no respiramos igual cuando estamos enfadados, ansiosos, tensos, que cuando estamos leyendo, relajados o riendo.

Tampoco respiramos igual cuando corremos que cuando estamos sentados o dormidos. Y es el propio organismo, a través del sistema nervioso y hormonal, el que regula la respiración adecuada a cada circunstancia. Para el parto no es distinto. Pensar que el propio cuerpo no va a encontrar la forma de respirar adecuada para la ocasión demuestra la poca confianza que la obstetricia tiene en la fisiología.

La respiración que se pide a las embarazadas en la primera fase del parto —superficial— corresponde a un estado de máxima tensión, estrés y ansiedad, poco compatible con la necesidad de estar tranquila. La respiración que se enseña para la segunda fase del parto —con retención— pretende acelerarla y sustituir el reflejo espontáneo de expulsión fetal, que obviamente no puede producirse en semejantes condiciones. Este tipo de respiración conduce rápidamente al agotamiento. Estas técnicas artificiales pueden incluso, en ocasiones, originar consecuencias no deseables, como los estados de hiperventilación.

La mujer embarazada respira de forma diferente, de igual manera que cada estado emocional y la actividad física afectan a la respiración, y cada fase del parto tiene un tipo de respiración regulada de forma involuntaria. Lamaze, uno de los obstetras que más escuela han creado, ha afirmado que «los ejercicios respiratorios deben ser dirigidos y controlados cuidadosamente, y no debería hacerse ninguno sin dirección médica».

## Suero

Después del rasurado y el enema, lo primero que se hace a la mujer en el hospital es abrirle una vía, que servirá no solamente para administrarle el suero sino también la oxitocina o cualquier otro medicamento. Pero el mero hecho de clavar una aguja en el cuerpo puede ser en sí mismo un factor contraproducente, en la medida en que incrementa la secreción de adrenalina, hormona del estrés.

Por otra parte, la perfusión de suero glucosado recibe cada vez más críticas, a causa de los súbitos incrementos de glucosa sanguínea que produce, que a su vez incrementan los niveles de insulina en sangre. Una posible consecuencia de estos picos de glucosa e insulina es el riesgo de hipoglucemia después del parto, tanto en la madre como en el bebé. Tal cantidad de glucosa, por otra parte, puede afectar negativamente a la síntesis de prostaglandinas, importantes catalizadores en la fisiología del parto. Varios autores atribuyen a la perfusión constante de líquido otros efectos, como la sobrehidratación del bebé, con su consiguiente aparente pérdida de peso tras el nacimiento, o el edema vulvar, que predispone a las lesiones del perineo.

## Depresión posparto

La interferencia en el equilibrio bioquímico y hormonal de la parturienta se realiza de múltiples maneras, como hemos visto, tanto por la forma en que el trato que recibe influye en su estado emocional, como a través de la administración de hormonas y drogas para manipular el parto. Después de dar a luz, la mujer debe pasar por un período de regulación hormonal y recuperación física. Sin embargo, si su equilibrio hormonal ha sido alterado artificialmente, la vivencia del parto ha sido penosa, la experiencia emocional y espiritual del mismo se ha anulado, la mujer se ha quedado con la sensación de haberse perdido algo y no ha podido establecer el vínculo con su bebé, es normal que recuperar el equilibrio le lleve más tiempo. Todo ello, y el hecho de que la depresión posparto sea un fenómeno



de las sociedades industrializadas, plantea la pregunta de hasta qué punto este trastorno, atribuido al «bajón de hormonas», no es en realidad uno de los efectos secundarios del parto medicalizado. El hecho es que detrás de muchos diagnósticos de «depresión posparto», se oculta en realidad un cuadro de estrés postraumático. Este es el caso de esta mujer joven, sana, con un embarazo perfecto y una inducción innecesaria provocada por un ginecólogo que «sabía» de antemano que su parto acabaría en cesárea porque era «incapaz de dilatar».

### **Mi perfectamente innecesaria cesárea**

No soporto pensar que le estén haciendo esto a otras mujeres y a sus bebés. Ya han pasado dos años y cinco meses, todavía no dejo de llorar al revivir esos días, porque no los recuerdo, los revivo, vuelvo a ese fatídico miércoles en que me dejé internar y cambio la historia cada día, y me voy, me voy corriendo de allí... Pero no puedo quejarme, mi hija está sana, yo también (con una maldita cicatriz en mi útero previamente sano, pero eso a nadie le importa).

Fui por la Seguridad Social y por la privada, mientras avanzaba el embarazo (precioso por cierto, ni una molestia, análíticas y tensión tan buenas como nunca en mi vida), oía comentarios de que en la privada iban más a «rajar» que al parto vaginal. Eso me horrorizaba, a tal punto que a lo único que temía del parto era a que me hicieran una cesárea. No me importaba lo que durara mi parto, solamente pensaba en que apenas naciera mi princesa, me la pusieran sobre el pecho, amamantarla, que me oliera, sentirnos mutuamente...

Llegué a la semana 40 + 4 días (según yo y la Seguridad Social), y a la 41 + 4 días del médico privado. Placenta normal, buena cantidad de líquido, bebé perfecto. Unas semanas antes, en la Seguridad Social, no quisieron hacerme una eco porque habíamos perdido la de las veinte semanas (nos pilló una mudanza...), mi marido se enfadó, todo iba tan bien que decidimos seguir por la privada.

Llegados a la semana cuarenta y una (según la privada), cuarenta según nosotros (completamente seguros y diciéndoselo), me dice el médico: «Los embarazos no son eternos, ya estás muy pasada y los bebés pueden comenzar a sufrir en un momento sin previo aviso». El día de la 41+4 (según la privada) me dice: «A la

clínica, quiero tenerte controlada». Nosotros le respondimos que prefería seguir nadando y que cuando las contracciones fueran más seguidas, volvería. «Que no, estás pasada y eso es muy peligroso para el bebé.» Nos subimos al coche para ir a la clínica y pensamos: «¿Nos vamos a la Seguridad Social? ¿Ponemos en peligro al bebé por querer hacerlo “mas natural”?». ¡Cómo me arrepiento de no haber seguido mi intuición! ¿Por qué no me fui?

¡Qué control ni qué nada! Oxitocina a chorro, seis horas sin dilatar nada (por supuesto, ¡no era el momentooooo!), yo llorando que no quería cesárea, el médico y la bruja de la matrona que nunca habían visto una cosa así.

El mayor sentimiento de impotencia, antes de este, fue en la habitación, cuando ya era evidente que nadie me escucharía, cuando se plantaron la matrona y el ginecólogo en mi habitación para decirme que era una caprichosa, que estaba poniendo en riesgo la vida de mi bebé, que nunca en su vida habían visto cosa similar, que firmara el alta voluntaria y me marchara, así, con contracciones cada minuto por su dichosa oxitocina. Nadie me explicaba qué podía pasar si me cerraban el dichoso suero, solamente que estaba poniendo en peligro la vida de mi hija (que yo sabía que no estaba en peligro, veía sus latidos en los monitores, eran perfectos. Y no me equivocaba, logré conseguir esa parte de mi historia clínica, lucha aparte, en la que se ve perfectamente que la niña nunca tuvo una bradicardia, que nunca estuvo en peligro). La matrona gritando que me fuera, que ella no me atendía, y el ginecólogo diciendo lo mismo aunque con más educación, intentando convencerme de que él sabía que yo jamás dilataría, que terminaría en una cesárea en urgencias y que mi niña quedaría ingresada en una UCI, que... Y así, llorando de impotencia, accedí a «salvar» a mi bebé y me puse en manos de quien era en ese momento «mi peor enemigo».

Abierta por la mitad, en la mesa del quirófano, por aquella persona a la que acababa de enfrentarme, sentía que ahora se vengaría. Lo había perdido todo, mi voluntad de tener un parto respetado, el contacto piel con piel inmediato con mi bebé (busqué durante dos meses un camisón, un estúpido camisón con botones para abrirlo entero y sentirnos piel con piel con mi bebé nada más nacer, aún lo tengo, y lo odio, no puedo ni pensar

en volver a usarlo). Le pedí verla y me ignoraba. Pero alguien pasó, pasó un angel, ojalá supiera su nombre, que me vio estirar mi mano hacia mi niña, recién salida, colgando de sus pies, y se acercó, me quitó el sensor del dedo pulgar y le toqué la espalda, sucia de sangre y líquido, tan suave. Pero inmediatamente se la llevaron, y solamente la oía llorar... aún no conocía su carita, ni su olor, ni sus ojos, nada... Pregunté si me la podían dar, y el médico me respondió de mal humor: «Todavía tengo que suturarte siete capas, oye, voy a tardar». No quería verle más... ¡qué ilusa!, quedaba toda una semana por delante, de verle a él y de ver a la mujer más insensible y mala persona que jamás conocí: la matrona.

Tanta hipocresía, tanta falta de respeto, tanta insensibilidad. La misma tarde en que me sacaron a mi hija del vientre, otra enfermera me la quitó del pecho, sin previo aviso, se la puso en los brazos al padre y le hizo darle un biberón. Me puse a llorar, ya lo había perdido todo, todo, mi parto, mis sueños. No pude parir, tampoco servía para alimentar a mi hija, ni siquiera para darle un biberón. Quería volver atrás, quería llorar pero eso me dolía horrores, quería levantarme, coger a mi hija y marcharme de allí, pero no podía moverme... En semejante momento de dolor y frustración total, a la enfermera solamente se le ocurrió decirme: «¿Y tú por qué gritas?». A lo que intenté responder, con los ojos como ciruelas de tantas lagrimas: «No sé», pero tan bajito que esta otra mujer también me gritó (menos que la matrona, pero en ese momento una mala cara ya me hubiera resultado una reprimenda más...): «Pues cállate, eres una mujer adulta». Mi marido, ángel entre los ángeles, le respondió: «Le duele». «¡Ah! ¿Que te duele? —dijo ella—. Pero gritando no te dejará de doler.» Y siguió a lo suyo, diciéndole cómo ponerla para darle el biberón, dándome la espalda... Otra vez sin ni siquiera poder ver a mi hija. Yo creo que si en vez de quitármela, me la hubieran dejado encima, me hubieran dado una palabra de aliento (y no me hubieran hecho sentir mas inútil de lo que ya me habían hecho sentir), el dolor hubiera sido soportable...

A menudo se promociona la cesárea o la epidural como la gran solución al dolor del parto. De esta forma, la tentación de evitar el dolor sin tomar en consideración previamente cuáles

son los factores que lo incrementan puede convertirse en una trampa, en la que el dolor simplemente se pospone y cambia de forma.

Por otra parte, la vivencia del parto, guiado por el cerebro arcaico, que es, además, donde están registrados los recuerdos más primitivos, produce en muchas mujeres un estado de conciencia especial que facilita la reconexión, cuando no la regresión, con esa fase primordial de su vida, haciéndoles revivir de alguna manera las emociones sentidas en su propio nacimiento. Las experiencias penosas o deprimentes del propio nacimiento pueden de esa manera aflorar a la superficie sorpresivamente en el momento de dar a luz, contribuyendo a crear una sensación de tristeza, abatimiento o incapacidad si este ha sido traumático... lo que no es infrecuente.

La experiencia del parto puede ser un revulsivo y despertar conflictos más o menos antiguos en la madre, que se enfrenta así al parto con el bagaje de su propia situación emocional, o también despertar conflictos derivados de la nueva situación familiar y de pareja. El problema es cuando ese «tránsito del alma» se realiza en las condiciones en que habitualmente transcurren los partos en los hospitales. La psicóloga Laura Gutman califica el parto y puerperio como una etapa de auténtica «deestructuración emocional», una etapa transitoria pero que puede complicarse cuando el parto ha sido una experiencia de desconexión y sumisión.

En la medida en que atravesemos situaciones esenciales de rompimiento espiritual, sin conciencia, anestesiadas, dormidas, infantilizadas y asustadas... quedaremos sin herramientas emocionales para rearmar nuestros «pedacitos en llamas» y permitir que el parto sea un verdadero pasaje del alma (Laura Gutman, en su obra *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*).

Esto es algo que se conoce en la maternidad de Pithiviers, donde existe un espacio para la comunicación y día a día se constata que cuando un estado depresivo se anuncia, a menudo afloran conflictos despertados por la regresión a la primera infancia experimentada por la madre durante el parto. A

menudo, las madres se encuentran hablando con sus propias madres de conflictos antiguos, y concretamente de su propio nacimiento. El hecho de hablar, de hacer un acercamiento, de saber que no se trata de la realidad de hoy, sino de la reemergencia de una vivencia arcaica, tiene un efecto liberador considerable. Y a menudo la madre, en ese momento, reencuentra a su bebé, lo mira y lo toca como para excusarse con él y restablece el vínculo. «Hace falta haber vivido algunas de nuestras visitas a las habitaciones para sentir este momento de intensa emoción, en el que un segundo nacimiento tiene lugar», concluye el doctor Accolet.

El posparto es un período de grandes reajustes, que demandan un esfuerzo de adaptación extra de la madre, que no solamente tiene que recuperarse físicamente de sus intervenciones quirúrgicas (cesárea o episiotomía), sino también adaptarse a una nueva situación familiar, una redefinición de los papeles de los miembros de la familia, lo que no siempre es fácil.

Esto se agudiza por el tránsito que la mujer está obligada a hacer del papel secundario y pasivo que desempeña en el hospital. Tanto durante el parto como los días subsiguientes, la madre es tratada en cierto modo como una incapaz, de modo que cuando vuelve a casa, es fácil que siga sintiéndose así. A ello se une la soledad de la mujer dentro de la familia nuclear actual, muy alejada de los antiguos grupos de convivencia que incluían a otros familiares y que de tanta ayuda resultaban en momentos como este. Es un hecho que en las sociedades desarrolladas, la mujer, con frecuencia, carece del apoyo psicológico y social que antaño proporcionaban familiares, amigas o vecinas. Actualmente, estas trabajan, las ciudades son grandes y despersonalizadas, y para el día a día no existe un entorno social que favorezca los encuentros con otras mujeres en similares circunstancias.

Una preparación para la maternidad y paternidad real debería incluir como objetivo prioritario el bienestar emocional de la madre y la pareja, y la posibilidad de encontrarse con personas que estén pasando por lo mismo. Los grupos de apoyo a la lactancia cumplen esa función. Las visitas al ginecólogo

o al pediatra, en cambio, de poco sirven para enfrentarse a las dificultades y cuestiones que surgen durante la crianza.

Por ello, la necesidad de apoyo emocional de la mujer en esta etapa es mayor que nunca, y poder contar con ese apoyo y orientación es un factor determinante para un buen embarazo, parto y posparto. Pero como bien dice Michel Odent, las mujeres, que necesitan apoyo social durante el embarazo y la lactancia, y privacidad durante el parto, se encuentran solas con su embarazo y su lactancia y rodeadas de una muchedumbre en el momento del parto.

### Qué dice la OMS

---

Por lo que se refiere al uso de las perfusiones intravenosas y de la anestesia durante el parto, en su «clasificación de las prácticas en el parto normal» del año 1999, la OMS incluye entre las «prácticas que son claramente útiles y que deberían ser promovidas», los «métodos no invasivos, no farmacológicos, de alivio del dolor durante la dilatación, como el masaje y las técnicas de relajación». Entre las «prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces, que deberían ser eliminadas», la «perfusión intravenosa de rutina en el parto» y entre las «prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente», la «restricción de líquidos y alimentos durante el parto» y el «control del dolor con anestesia epidural».



Para saber más:

---

### Artículos:

«El dolor en el parto.» Andrea Robertson. [www.acuario.org](http://www.acuario.org)

«El placer del parto.» Enrique Lebrero. [www.acuario.org](http://www.acuario.org)

«Anestesia epidural. Riesgos y consejos de utilización.» Palena Kim James. Folleto disponible en: [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org)

«Analgesia peridural: entre la intervención rutinaria y el derecho.» Claudia Alonso. *Ob Stare* n.º 6, otoño 2002.

«Parirás con pasión.» Carlos Burgo. [www.partohumanizado.com.ar](http://www.partohumanizado.com.ar)

### Libros:

*Opciones para un parto suave.* Barbara Harper. InnerTraditions.

*La científicación del amor.* Michel Odent. Ed. Crea-vida.

*Parto seguro.* Beatrijs Smulders y Mariël Croon. Medici, 2002.

*Cartilla para aprender a dar a luz.* Consuelo Ruiz Vélez-Frías, Talasa, 1998.

*Histoires de naissances. Les usagers de la maternité de Pithiviers parlent.* Epi.

*Childbirth With Insight.* Elizabeth Noble. Houghton Mifflin. 1983.

*La maternidad y el encuentro con la propia sombra.* Laura Gutman.

**Webs:**

Water Birth Internacional: [www.waterbirth.org/spa/index.php](http://www.waterbirth.org/spa/index.php)

Birth Love: [www.birthlove.com](http://www.birthlove.com)

Laura Gutman: [www.crianza.com.ar](http://www.crianza.com.ar)





## Episiotomía

La episiotomía, o la incisión del perineo para aumentar la abertura vaginal, es otra de las prácticas obstétricas que siguió a la introducción de la postura tumbada en el parto. Sin ningún estudio que la avale y mucha evidencia científica en contra, la persistencia de la episiotomía de rutina es una de las grandes incógnitas de la obstetricia medicalizada. Supuestamente concebida para evitar lesiones, se practica indiscriminadamente a casi todas las mujeres, lesionándolas de hecho. Que un «cortecito limpio» previene las lesiones graves del perineo es uno de los mitos más arraigados entre muchos profesionales. Sin embargo, hasta los niños saben que no hay mejor forma de desgarrar un tejido que hacerle, precisamente, un cortecito limpio. En realidad, muchos desgarros profundos corresponden precisamente a extensiones de la episiotomía.

El principal argumento que apoya el uso de la episiotomía es que «previene desgarros». Pero hoy en día, se considera que las principales causas de desgarro grave son la posición tumbada, la dilatación forzada químicamente, los pujos dirigidos y, sobre todo, la propia episiotomía. Hace años, uno de los argumentos favoritos que esgrimían sus defensores era que la episiotomía prevenía el daño que para la cabeza del bebé suponía atravesar el canal del parto. ¡Como si la vagina fuera de cemento! Seguramente, la frecuencia del uso de los fórceps durante tantos años contribuyó a la popularidad de esta incisión.

Cuando la parturienta está tumbada de espaldas, está obligada a empujar a su bebé sobre una gran superficie de frotamiento y en contra de la gravedad. En esas condiciones, es más fácil que sufran desgarros los tejidos profundos, más lentos en cicatrizar. En cambio, si la mujer tiene libertad de movimientos,

siempre encuentra la postura en la que la tensión de la vulva es menor. Cuando la mujer se inclina hacia delante, apoyada sobre una cama, por ejemplo, o se cuelga de alguien, los músculos de la cara interna de los muslos pueden relajarse y los del perineo se dilatan más fácilmente. Incluso cuando en estas condiciones se produce algún desgarro, este cicatriza mucho mejor que una episiotomía, ya que suele afectar al tejido superficial y no al profundo, y además se produce por la línea de menor resistencia, lo que no ocurre con la episiotomía.

Este corte del perineo se realiza de forma rutinaria en los hospitales convencionales en casi todas las primíparas y en una gran parte de las múltiparas. Cuando el parto no se interfiere, la madre tiene libertad de movimientos y la episiotomía se limita a los casos necesarios, estos raramente superan el 20 por ciento. Holanda, por ejemplo, registra un porcentaje de episiotomías del 8 por ciento. En algunas regiones europeas, el índice es del 6 por ciento, mientras que en otras es del cien por cien.

Cuando el parto culmina con un reflejo de expulsión, lo que solamente puede ocurrir cuando progresa de forma espontánea, es muy raro que se produzcan desgarros perineales, y cuando se producen, son más leves y cicatrizan mejor que una episiotomía. Por ello, los partos espontáneos, como los que tienen lugar en la calle o el coche, raramente se acompañan de desgarros.

Consuelo Ruiz Vélez-Frías, una de las matronas que más ha contribuido a dignificar a la mujer en España, opina que uno de los factores que más influye en la elasticidad del periné es la forma en que la mujer llega a la dilatación completa. En su texto «Cómo se atiende un parto en casa», Consuelo resalta la importancia de dejar a la mujer dilatar a su propio ritmo para que el nacimiento se produzca con el periné intacto, algo difícil de conseguir cuando el parto es acelerado con oxitocina y sometido a unos tiempos artificialmente acortados. Afirma Consuelo:

Yo quise ampliar mis conocimientos sobre la protección del periné y compré un libro que aún conservo, titulado *Las peritomías*, debido a la pluma del doctor Colmeiro Laforet y publicado en

Burgos en 1943. ¡Lástima del dinero que me gasté en una época en que disponía de tan poco! Porque, después de enterarme de cómo era el periné, qué músculos lo componían y cuál era su misión en el organismo, confieso, humildemente, que no me atreví, en ningún parto, de los muchos que he asistido, a esgrimir las tijeras para realizar una episiotomía, no solamente porque no estaba segura de que mi perinorrafia fuera a dar los resultados apetecidos, sino también porque me daba tal repeluzno cortar en un sitio tan íntimo y delicado a un ser tan semejante, tan igual a mí, que era como si me estuviera cortando a mí misma.

Según recoge la OMS, los estudios realizados en los últimos años demuestran que la episiotomía es necesaria solamente en un pequeño porcentaje de casos. Para el resto, la incisión no tiene beneficio alguno; por el contrario, constituye una de las causas más frecuentes de hemorragia e infección posparto; incrementa notablemente las probabilidades de sufrir un desgarro anal importante y debilita los músculos perineales, favoreciendo posteriores trastornos como incontinencias y prolapsos.

El doctor Wagner, durante muchos años director del departamento de salud materno-infantil de la OMS, no duda en calificarla de «mutilación genital»:

El corte para abrir la vagina durante el parto (episiotomía) nunca es necesario en más del 20 por ciento de los casos, y la ciencia ha constatado que causa dolor, aumenta el sangrado y provoca más disfunciones sexuales. Por todas estas razones, realizar demasiadas episiotomías ha sido correctamente etiquetado como una forma de mutilación genital en la mujer. El índice de episiotomías del 89 por ciento en España constituye un escándalo y una tragedia.

## Otra lectura de la episiotomía

Las consecuencias de la episiotomía, que se realiza sin consultar, pueden durar semanas y meses, contribuyendo a

que se tengan problemas sexuales posteriores y molestias en la cicatriz durante mucho tiempo. Además, puede hacer que, en las semanas siguientes al parto, de máximo ajeteo y necesidad de estar disponible para el bebé recién nacido, algo tan sencillo como sentarse sea una experiencia penosa. La sutura de la herida, por otra parte, debe realizarse inmediatamente tras el parto, lo que dificulta el vínculo madre-bebé. Así de claro lo explicaba una madre que había parido su segundo bebé en Pithiviers:

Para una mujer, el dolor del parto no puede ser reducido al dolor de las contracciones, hay otros dolores, otras heridas más íntimas que duran más tiempo. La intervención médica es también sufrimiento. Para una mujer, una episiotomía no es nunca anodina. ¿Lo es para esos hombres médicos que hacen una regla de oro de cortar el órgano sexual de las mujeres? Este otro dolor sí es traumatizante.

El arraigo de la episiotomía entre los profesionales a pesar de las evidencias en contra es una incógnita para las mujeres. Henci Goer, en su libro *Guía de la mujer consciente para un parto mejor*, cuenta cómo en Canadá se quiso realizar un estudio sobre las indicaciones y consecuencias de la episiotomía. Pues una parte de los médicos que pertenecían al grupo que no debía realizarlas fue incapaz de continuar adelante con el estudio. No pudieron evitar seguir haciéndolas.

Todos los intentos por comprender la persistencia de esta práctica terminan conduciendo a motivaciones más o menos conscientes y que pertenecen a un orden mental diferente de las indicaciones médicas. La episiotomía cumple ciertamente algunas funciones, como convertir el parto normal en un acto quirúrgico que sustrae el protagonismo de la mujer para dárselo al profesional, además de satisfacer en ciertos casos motivaciones más o menos conscientes de control y dominación. «Davis-Floyd también señala que la episiotomía, la destrucción y la reconstrucción de los genitales femeninos, permite a los hombres controlar los “aspectos poderosamente sexuales, creativos y amenazadores para ellos...”». En resumen, la episio-

tomía rutinaria tiene una función ritual pero médicamente no cumple con ningún propósito», afirma la autora Henci Goer.

Muchas mujeres sienten la episiotomía como una agresión que repercute en su vida sexual durante largo tiempo después. Cristina, una mujer gallega con dos penosos partos medicalizados a sus espaldas, nos cuenta así su segunda episiotomía:

Durante la dilatación, agradecí el poco tiempo que tenían para ocuparse de mí. En el expulsivo, evidentemente, no tuve tanta suerte..., sé que en esta ocasión no subí yo sola al potro, me subió un celador, lo siguiente que recuerdo son unos segundos de tortura, unos segundos en los que se centra el recuerdo de este parto... El ginecólogo metió la mano y agarró mi periné mientras me ataban las piernas, en ese mismo momento se volvió (sin sacar la mano) para buscar la tijera con la que practicarle la episiotomía. Recuerdo retorcerme con angustia y sacar una pierna del estribo mientras le gritaba que sacase la mano de ahí, se volvió hacia mí, ya con la tijera en la mano, y yo intenté (de hecho lo hice) meter la pierna de nuevo en el estribo. En esto la matrona se dio cuenta de lo que pasaba y empezó a recriminarme (en un tono muy desagradable) que yo era una mujer adulta y que estaba allí para tener un hijo y que no debía hacer tonterías y tenía que ayudar... No recuerdo nada más, creo que para cuando acabó de escupir todo eso, mi hija ya estaba fuera de mí, alejándose en manos de Dios sabe quién. Fueron unos momentos en los que se concentraron todas las cosas desagradables que me habían ocurrido por estar tan «desatendida», todo el dolor físico, toda la humillación...

Mientras manipulaban a mi hija, el ginecólogo seguía sentado frente a mí con gesto de preocupación, le pregunté qué pasaba y dijo: «El útero se está cerrando y la placenta no sale», al tiempo que gritaba: «¡Que alguien cierre este gotero!». Yo no entendía lo que pasaba pero parecía algo bastante malo, me quedé allí callada, esperando aterrorizada, hasta que, afortunadamente, salió la placenta.

Luego comenzó la costura, mi niña ya estaba vestida y dijeron que iban a dejar pasar un momento al padre para que la viera (¿y a mí?), entró mi marido y ya no se fue, se quedó a mi lado ayudándome

a aguantar, el bebé estaba sobre mí sin dejar de llorar... y yo me preguntaba cuándo la podía poner al pecho, aunque en ese momento no me apetecía hacerlo, me dolía demasiado lo que me estaban haciendo... En un momento determinado, el ginecólogo me dijo: «Esto te va a doler», y comentó con alguien que a ese punto le llamaban el de la suegra... Recuerdo el dolor, me recuerdo completamente tensa aguantando, recuerdo la tensión en el ambiente, tanta que mi bebé se calló en seco y volvió a llorar cuando pasó...

La «bola extra» consiste en que, no sé por qué extraña razón, la sutura de al menos dos de las cuatro episiotomías de esa noche se realizó con un material distinto del habitual, hecho que hubiera sido anecdótico si alguien me hubiera avisado de que esas suturas no se iban a caer en un plazo razonable y, aunque acudí a la revisión puerperal con la matrona del centro de salud antes de la fecha que me correspondía, los puntos se habían convertido en una especie de alambres para los que tuvo que usar dos bisturís porque el primero no consiguió cortarlos... Al hematoma de rigor tuve que sumarle cuatro abscesos que me mantuvieron todo un mes en un ¡ay!, sin poder sentarme en condiciones ni para amamantar. Al cabo del mes y tras un tratamiento con antibióticos, dejaron de supurar...

Han pasado dos años y solamente ahora he podido olvidar la imagen del ginecólogo agarrando mi periné cuando «intento» mantener relaciones sexuales con penetración, solamente ahora empiezo a sentir menos dolor cuando las mantengo y aún no he conseguido mirar ni tocar la cicatriz sin estremecerme...

Me pregunto por qué no pensé todas estas cosas antes del segundo parto, por qué entré en la web de la clínica Acuario y no entendí qué era eso de «una comuna *hippy* que paría en una cueva», por qué intenté apuntarme sin éxito a Lisnac para ver qué decían por ahí, por qué andaba buscando partos en agua y cosas semejantes... Ahora me doy cuenta de que no sabía qué buscaba pero evidentemente buscaba, y no fui capaz de encontrar, no fui capaz de no tropezar por segunda y definitiva vez con la misma piedra...

No es de extrañar, pues, que las mamíferas, muy sabiamente, se escondan para traer al mundo a sus hijos. Como afirma Michel Odent: «Muchos rituales agresivos transmitidos

de generación en generación son, de hecho, variaciones de comportamientos profundamente arraigados... Ocurre lo mismo con la necesidad de ver y cortar el periné, difícil de justificar después de la publicación de estudios controlados que sugieren que los principales factores de desgarros graves son, precisamente, la episiotomía y la posición echada».

Desde hace años, vienen publicándose estudios que demuestran que las mujeres que sufren una episiotomía suelen experimentar dolores en el coito durante bastante tiempo después de la operación.

A este respecto, otra madre nos comenta:

Nos dicen que las mujeres estamos contentas con nuestros partos, que tenemos el parto que queremos, que se hacen cesáreas y se ponen epidurales a partir de un centímetro de dilatación porque lo pedimos las mujeres.

Pues yo tengo mis dudas: desde hace un tiempo, cada vez que voy al taller de lactancia y dejo traslucir mi «pelaje» de loca del parto, se me acerca una mujer y me cuenta una historia de horror. Las dos últimas son sobre episiotomías, esos «cortecitos limpios que se suturan y curan mejor que un desgarro». Parece que sus únicos efectos secundarios son una gran dificultad para mantener relaciones sexuales cuando han pasado hasta nueve meses del parto, y también una notoria angustia cuando le cuentan el parto a una desconocida... Las mujeres se echan a llorar cuando te cuentan su parto en dos minutos. Recuerdan el fórceps y se echan a llorar. Te cuentan, a los cinco minutos de conocerlo, que no pueden hacer el amor con sus maridos y se echan a llorar. Una de ellas me ha preguntado por el parto en casa, dice que antes de buscar otro bebé (y si consigue algún día sexo con penetración, según sus propias palabras), quiere saber que no le harán otra episiotomía. Su hija tiene ya nueve meses. La chica tendrá veinticinco años, tendríais que verla, es tan joven y tan guapa..., la imagino llorando junto a su marido y me dan ganas de episiotomizarles a ellos y ellas, porque lo que más rabia me da de mi propia episiotomía es que me la haya hecho una mujer.

CECILIA DÍAZ

## Parto respetado

Y, sin embargo, la episiotomía no es «mala» en sí misma. Como las demás intervenciones, todo depende de si es necesaria o no. La OMS habla de un máximo de un 20 por ciento. Hay países y maternidades con menos de un 10 por ciento. Algunas maternidades españolas están haciendo un gran esfuerzo para reducir la tasa de episiotomías, lo que únicamente es posible cambiando las condiciones en que transcurre el parto.

Muchas personas piensan que los partidarios del parto fisiológico son defensores del blanco o negro, lo que no es cierto. Y es que no se trata de no intervenir en absoluto, sino de favorecer en lo posible la fisiología e intervenir únicamente en caso de necesidad. Así, puede ocurrir que en un parto hospitalario las madres terminen con su periné íntegro, simplemente porque no fue necesario cortar.

Ni en prematuros se ha demostrado que sea un factor preventivo, porque el parto precipitado también podría dañar al bebé, ni en bebés grandes hay más incidencias de desgarros (en ningún estudio se ha demostrado esta relación). Aquí nacen niños de más de 4 kilos sin un solo punto. Personalmente llevo meses sin hacer una episiotomía. La última fue por un bebé que tenía una bradicardia y su madre estaba con epidural y no podía empujar demasiado bien. En la última, el ginecólogo hizo una ventosa (también con epidural) a una primípara y sin episiotomía la niña pesó 3,7 kilos y no se desgarró nada. En unos años, hemos pasado de un 70-80 por ciento de episiotomías a un 20 o menos...

BLANCA HERRERA, COMADRONA



## Qué dice la OMS

---

Por lo que se refiere a la episiotomía, en su «clasificación de las prácticas en el parto normal» del año 1999, incluye la episiotomía rutinaria entre las «formas de cuidado que deberían abandonarse».

## Para saber más:

---

### Artículos:

«Algunas verdades sobre la Episiotomía.» Extraído de *Mitos de la obstetricia versus realidades de la investigación*. Henci Goer. [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org)

«Trascendencia de la episiotomía y el desgarro.» Doctor Marcos Leites. [www.partonatural.net](http://www.partonatural.net)

«La pelvis que conocí y amé.» Gloria Lemay. Capítulo extraído de la obra *Resexualizing childbirth*, de Leilah McCracken. [www.birthlove.com](http://www.birthlove.com), [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org)

«Cómo parir sin desgarrarse. Consejos de una comadrona para conservar el periné íntegro.» Gloria Lemay. [www.birthlove.com](http://www.birthlove.com), [www.partonatural.net](http://www.partonatural.net)

«La episiotomía no mejora el resultado del parto difícil.» Isabel Perancho. *El Mundo* 9-10-2004. [www.elmundo.es/salud/2004/589/1097272808.html](http://www.elmundo.es/salud/2004/589/1097272808.html)

- «No a la episiotomía de rutina.» Folleto elaborado por la asociación El Parto es Nuestro. [www.el-partoesnuestro.org](http://www.el-partoesnuestro.org)
- «Cómo se atiende un parto en casa.» Consuelo Ruiz Vélez-Frías. [www.partonatural.net](http://www.partonatural.net)
- «Cuidados en el parto normal: Guía práctica.» OMS, 1999.
- «Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal.» Año 2001. Guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y posparto. Chalmers, B.; Mangiaterra, V. y Porter R.
- «Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento», 1985.

### **Libros:**

- Guía de la mujer consciente para un parto mejor.* Henci Goer. Ob Stare, 2006.
- Episiotomy. Challenging Obstetric Interventions.* Graham, I.D. Oxford Blackwell. Nueva York, 1997.
- El periné femenino y el parto.* Blandine Calais-German. La Liebre de Marzo. Barcelona, 1996.
- El nacimiento en el próximo milenio.* Doctor Marsden Wagner. Ponencia presentada en el Congreso Nacer en Casa celebrado en Jerez en 2000. Libro de ponencias. Ob Stare.
- Histoire de naissances. Les usagers de la maternité de Pithiviers parlent.* Epi.



## Los fórceps

Los fórceps y la posición tumbada fueron dos consecuencias de la entrada del médico en la habitación de la parturienta. Si la postura era cómoda para el médico, la dificultad que esta entrañaba contribuyó a popularizar el uso de los fórceps, instrumento con el que el tocólogo terminó por hacerse con el control activo de los partos. Tras cien años de monopolio por parte de los Chamberlain, «padres» del invento, su uso se hizo tan cotidiano que en 1834 existían ciento treinta modelos diferentes. En 1847, eran ya ciento sesenta los modelos que se utilizaban, buena prueba de la insatisfacción que su empleo producía, pero también de la frecuencia de su uso. Los fórceps son como las cesáreas, un alto índice de uso no es señal de una asistencia de alta calidad, sino de un alto nivel de intervencionismo. Un uso frecuente de fórceps es coherente con la posición tumbada y el resto de prácticas de rutina. Estados Unidos, por ejemplo, un país que consiguió prohibir durante años la profesión de comadrona, es uno de los países del mundo con mayor tasa de utilización.

En la posición tumbada boca arriba con las piernas en los estribos, la mujer debe empujar al bebé por un canal estrechado, alargado y ascendente, en contra de la gravedad y sin la ayuda de las piernas. Esta posición antinatural dificulta el paso del bebé por el canal del parto, aumentando así la necesidad de recurrir a intervenciones externas para facilitar esa salida.

Una de esas ayudas son los fórceps, un aparato para extraer bebés que hace del nacimiento un acontecimiento penoso para ambos: madre y bebé. La introducción del instrumento en la vagina no solamente es traumática en sí mismo, sino que además incrementa el riesgo de un desgarro grave siguiendo

la línea de la episiotomía. Muchas mujeres terminan con el suelo pélvico en unas condiciones lastimosas, y necesitan que se «reconstruya» su útero. Puede resultar tan violento para la mujer, que muchas encajan el «tratamiento» como una auténtica agresión sexual.

Tenemos tan asumido el proceso artificial que se utiliza hoy en día para dar a luz, que solo nos preocupa lo de «epidural sí, epidural no». Y se supone que, una vez que te ponen la epidural, ya no tienes de qué preocuparte.

Yo di a luz con epidural. Y mi parto fue normal, si entendemos por normal lo común; pero mi parto no fue natural.

Llegamos al hospital por la noche. En seguida me tumbaron y me abrieron una vía: ya no podría moverme. Menos mal que antes de todo esto pregunté si podía ir al servicio; una vez que el personal entra en acción no hay quién lo pare.

Entró una mujer y me empezó a tocar, me metió los dedos (o la mano) en la vagina. Se fue. Volvió a entrar otra mujer, otros dedos en mi vagina. Unos me monitorizaban, otros me tocaban. De nuevo, entró una de las mujeres anteriores, esta vez con cosas en la mano. Noté que me rompía la bolsa, le pregunté si lo había hecho y me lo confirmó. Dijo que tenía que monitorizar a la niña por dentro. Una vez lo hizo me empezó a doler. Me pusieron la epidural. De vez en cuando venía una de estas mujeres y metía los dedos en mi vagina.

Entre tocamiento y tocamiento se me administró la oxitocina. Las contracciones empezaron a ser más fuertes, pero al cabo de unos minutos dejé de notarlas porque la anestesia comenzó a hacer efecto. Mi hija sí que las notó: cada vez que tenía una contracción sus pulsaciones descendían considerablemente. El personal se asustó, entraron corriendo, me pusieron oxígeno, me tumbaron de un lado. Yo me asusté muchísimo, mi marido también.

Las dejas actuar y estás tan asustada que no te atreves a preguntar qué pasa con tu hija, con tu cuerpo... Cuando pasó todo y ya se iban pregunté. Me dijeron: «Todo está bien, tranquila». La segunda vez que a la niña le bajaron las pulsaciones, la doctora me dijo que probablemente habría que hacer cesárea.

La tercera vez, fuimos corriendo al paritorio. A mi marido no le dejaron pasar, todo el mundo corría, yo estaba desnuda de cintura para abajo y unas cinco personas iban de un lado para otro pasando por allí delante. Los celadores me tuvieron que ayudar a cambiarme de camilla porque yo no sentía las piernas. Todo iba muy deprisa, en cuestión de segundos había ido de la sala de dilatación al paritorio; cuando quise darme cuenta estaba empujando sin sentir nada; la doctora gritaba: «¡Que venga un pediatra, que venga el pediatra! ¡Quiero un pediatra ya!». Otra voz me decía: «¡Empuja, empuja!». Yo no podía dejar de seguir a la obstetra con la mirada: corría, cogía unos fórceps enormes y yo me imaginaba lo peor. Se me cayó una pierna del estribo mientras empujaba, me la volvieron a colocar. Volví a empujar un par de veces, salió la niña, sólo vi su culito y que se la llevaban corriendo a ver al pediatra. Pensé que habría quedado mal. Pregunté ansiosa. «Ahora te dicen».

De repente no había nadie a quien preguntar, giraba la cabeza, buscaba, aguzaba el oído. Oí llorar un bebé, por lo menos no estaba muerta. Al fin vinieron la doctora y otra chica. «¿Está bien, está bien?» «Sí, ahora la traen.» ¡Uff! Entonces comencé a temblar y a llorar. Cuando me percaté, mi cuerpo se movía a pequeños tirones; miré, me estaban cosiendo. «¿Me habéis rajado?» No recuerdo si la respuesta fue un «¿A ti qué te parece?» o un «Hombre, ¿qué esperabas?». Pero fue algo así, como si hubiera hecho una pregunta absurda.

Finalmente trajeron a mi niña mientras me cosían. Tenía un ojo hinchado y, afortunadamente, le habían puesto un gorrito. No pude dejar de llorar y temblar hasta tres horas después.

La extracción duró tres minutos y tardaron en coserme treinta. La episiotomía me llegaba desde las profundidades de la vagina hasta un desgarró en el ano. No pude volver a sentarme hasta tres semanas después. Me costó mucho tiempo volver a controlar el esfínter anal. Pasé un posparto largo y doloroso. No quiero ni mencionar los problemas sexuales que todavía hoy tengo. El parto fue muy traumático; todas las noches, desde que di a luz hasta varios meses después, las imágenes del momento de la expulsión (extracción) se me han repetido una y otra vez, los gritos de la doctora pidiendo un pediatra resuenan en mi

cabeza... Cuando me acuerdo del tema se me pone un nudo en la garganta y, mientras he estado escribiendo esto, los ojos se me han nublado y he tenido que parar para respirar unas cuantas veces.

La niña pasó un día y una primera noche muy malos. El tema de la lactancia me llevaría otro par de hojas: en lugar de decirme que le diera más pecho, me dieron un biberón de leche artificial. Aparte de eso, cuando conseguíamos que se durmiera lloraba durante el sueño; yo estoy convencida de que revivía el parto. Le dejaron en la cabecita la marca de los fórceps y le dañaron superficialmente un ojo. Las heridas de la monitorización interna le duraron un par de meses. Por lo demás, afortunadamente, es una niña sanísima.

Todo esto me ha afectado tanto que no he parado de informarme de cómo son los partos naturales. Por eso, cuando me meto en la página de la asociación El parto es nuestro y veo nacer a Wanda, me entran ganas de llorar por lo que me he perdido.

Es la ignorancia lo que nos hace ver todo tan normal. ¿Quién sabe si, tal vez, yo hubiera podido dar a luz por mí misma, sin oxitocina, sin el sufrimiento de mi hija, sin que me rajaran tanto, con mi marido, más tranquila...?

REBECA ROMERO

Por razones de seguridad, la fuerza que se imprime a los fórceps no debe superar los tres o cuatro kilos. Pero tres o cuatro kilos es exactamente el peso del propio bebé cuando nace en posición vertical. Dicho de otro modo, los fórceps vienen en gran medida a sustituir la fuerza natural de la gravedad y la actividad del útero.

Además de la postura, uno de los factores que influyen en la incidencia del uso de fórceps es la anestesia, y concretamente la popular anestesia epidural, que puede disminuir la eficacia de las contracciones uterinas. La mujer pierde la sensibilidad y el contacto con su propio cuerpo y ya no está segura de cuándo debe empujar, de modo que su participación en el parto queda aún más reducida. A veces se recurre a los fórceps para terminar de extraer al bebé.

Otras veces se recurre al instrumento por impaciencia, por prisa, o simplemente porque su uso se banaliza. Así no es infrecuente que ocurran cosas como estas:

En mi primer parto se utilizó fórceps, según cuenta el informe de alta por «expulsivo prolongado» de ¡cinco minutos! La realidad es que no llegó ni a uno.

ESTHER

Para el bebé, nacer con fórceps tampoco es inocuo, ya que puede resultar con algún tipo de daño físico, cortes y hematomas en la cabeza. Sobre este tema, el doctor suizo Jean Elmiger opina:

Tumbando a las parturientas sobre la espalda, los obstetras provocan una cascada de acontecimientos negativos que transforman el acto natural en un acto médico grotesco y artificial. El parto no puede realizarse sin ayuda física o química; la duración se prolonga o se acorta artificialmente; la provocación es a menudo inadecuada; las contracciones, muy violentas; la expulsión ya no es espontánea. Hay que ayudar tirando de la cabeza, con fórceps y ventosas. ¿Y qué ocurre con el cráneo del recién nacido con esta «aventura»? Los discípulos de Still y Sutherland han demostrado que una gran parte de las lesiones osteopáticas craneales son de naturaleza obstétrica.

Las tasas de fórceps pueden variar ampliamente de un hospital a otro, ya que no existen auditorías que investiguen las causas. En cualquier caso, el hecho de que existan hospitales con un 0 por ciento de empleo de los mismos (aunque sí se use la ventosa) es un indicio muy fiable de que su uso es prescindible.

Kristeller

Otra forma de «ayudar» a las mamás a parir en la posición tumbada es la maniobra Kristeller, que consiste en que la

matrona presiona con su cuerpo la parte superior del vientre de la parturienta para que el bebé baje. Es una maniobra muy invasiva, desaconsejada por textos científicos por las lesiones que puede ocasionar, pero que se sigue utilizando con cierta frecuencia, especialmente en algunos hospitales.

Di a luz en Madrid, un parto con epidural, en el que se me hizo la «famosa» maniobra Kristeller (en desuso hoy en día en muchísimos países y en otras comunidades autónomas, como Canarias), que me provocó un traumatismo obstétrico de grado 4 (estallido), una coagulopatía por consumo con necesidad de transfusión, ingreso en quirófano con anestesia general, y treinta horas en sala de reanimación. El niño nació sano y en perfectas condiciones, aunque no pude estar a su lado, ni junto a mi familia sino cinco minutos cada día, hasta pasadas las treinta horas. Mi estado de ánimo antes, durante y tras el parto, os lo podéis imaginar. Me dieron de alta cinco días después sin otra explicación que «eres una estadística, da gracias de estar viva, lo que te ha pasado no ha sido ocasionado por ninguna maniobra obstétrica, tal vez tienes una mala calidad de tejidos». No fui tratada en mi posparto adecuadamente, sino como una madre más, con mis visitas a la matrona y ginecóloga por la vía habitual. Sin embargo, a fecha de hoy, aún estoy de baja por IT debido a que la recuperación ha sido larga e indignante.

NAIRA

Un efecto secundario bastante frecuente de esta maniobra son las lesiones en las costillas de la parturienta.

En la clase de recuperación tras el parto, éramos cuatro: dos cesáreas, un fórceps y un Kristeller con dos costillas magulladas o rotas, ya no me acuerdo bien... No sé ni para qué fuimos si ninguna podía hacer los ejercicios... Me río por no llorar.

L. A. C.



## Qué dice la OMS

---

Por lo que se refiere a la maniobra Kristeller, en su «clasificación de las prácticas en el parto normal» del año 1999, la OMS establece que la «presión del fondo uterino en el período expulsivo» se encuentra entre las «prácticas de las que no existe evidencia clara y deben usarse con cautela».



## Para saber más:

---

### Libros:

*Guía de la mujer consciente para un parto mejor.*

Henci Goer. Ob Stare, 2006.

«Le risque médical de la naissance à Pithiviers.»

Doctor Bertrand Auchecorne. Capítulo incluido dentro de la obra colectiva *Histoires de naissances, les usagers de la maternité de Pithiviers parlent*. Epi, 1985.

*La médecine retrouvée*. Jean Elmiger. Lea Paudex, 1984.





La evolución de las tasas de cesáreas en muchos países muestra una tendencia creciente de sustitución de la fisiología por la tecnología, a pesar de la insistencia de la OMS en la conveniencia de utilizar «tecnologías apropiadas» y atender el parto con «el mínimo grado de medicalización posible». Considerada por algunos tocólogos «la única forma civilizada de tener niños», el uso de la cesárea ha ido en aumento sin parar en los últimos decenios. Siendo una auténtica bendición cuando el parto es realmente de alto riesgo (en caso de desprendimiento de placenta, por ejemplo), no deja de ser un trauma difícil de encajar cuando es innecesaria, o cuando su necesidad es consecuencia de la forma en que se ha atendido el parto.

En 1985, la OMS establecía en sus recomendaciones: «Los países en los que la mortalidad perinatal es la más baja del mundo, también tienen las tasas de cesáreas inferiores al 10 por ciento. No hay, pues, ninguna razón que justifique que existan en ningún país tasas de cesáreas superiores a ese número». En sus recomendaciones de 2001, la OMS reconoce un «escaso beneficio de una tasa de cesáreas superior al 7 por ciento».

En España, la tasa de cesáreas en la medicina pública ronda el 23 por ciento. En clínicas privadas, el porcentaje de cesáreas se eleva hasta un 35 por ciento, con notables diferencias entre unas y otras. En su Memoria, el INSALUD refleja tasas tan diferentes entre hospitales como del 9,5 por ciento y el 33,3 por ciento, afirmando incluso que «valores tan dispares no parecen justificables».

En Estados Unidos, la operación más frecuente es la cesárea y, según la revista médica *The Lancet*, en los últimos años el índice de cesáreas practicadas a mujeres sin ningún factor

de riesgo previo ha crecido un 67 por ciento. En los países nórdicos, la tasa de cesáreas ronda el 8 por ciento.

La elevada tasa de cesáreas en España se debe a varios factores. Muchas mujeres asocian la medicina privada con una mejor calidad de la atención, cuando lo cierto es que las probabilidades de que no consigan dar a luz por sus propios medios se incrementan en más de un 50 por ciento con respecto a la sanidad pública. Hay clínicas con una tasa todavía mayor. En Hispanoamérica, la realidad es aún más extrema: Chile tiene una tasa de cesáreas del 58 por ciento en el sector privado y del 28 en el público. En Puerto Rico, la tasa correspondiente al año 1999 estaba en el 37,8 por ciento. En Colombia, en un 58 por ciento; en Méjico, en un 51,8; en Brasil entre el 50 y el 70 por ciento (hay grandes diferencias entre hospitales); en Argentina, entre el 35,8 y el 45. En Brasil, hay clínicas privadas con casi un cien por cien de cesáreas, estando el «casi» motivado por el hecho de que hay mujeres que paren con tanta facilidad que no les da tiempo a llegar a la clínica. Todas estas cifras corresponden al sector privado y duplican y a veces triplican las del sector público.

## Médicos y comadronas

En la medicina privada, la tasa de cesáreas suele variar según los países, pero siempre es superior a la de la medicina pública. Hay muchos motivos para esta divergencia.

Según indican las estadísticas, las cesáreas aumentan en proporción directa a la implicación de los obstetras en la atención a los partos de bajo riesgo. En España y Latinoamérica, en la medicina privada la mujer tiene su tocólogo. Él es el responsable del seguimiento del embarazo y de atender el parto, siendo las matronas simples ayudantes. A menudo, los médicos tienen su agenda de trabajo ya cargada de compromisos (consultas, intervenciones quirúrgicas, etc.). Si a una formación de corte intervencionista y una visión patológica del nacimiento se añade un plan de trabajo tan intenso, las inducciones por conveniencia y las cesáreas programadas se convierten en la forma de orga-

nizar el trabajo sin por ello comprometer las noches, fines de semana y vacaciones. Y esta es la manera en que muchos partos normales se convierten en una operación de cirugía mayor.

Los países con menores tasas de cesáreas y otras intervenciones obstétricas son aquellos en los que la asistencia a los partos normales está a cargo de las matronas. Por ese motivo, la OMS recomienda explícitamente: «Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión». En según qué países, sin embargo, ser atendido por una matrona no garantiza necesariamente una atención no medicalizada. La formación de las matronas puede ser tan intervencionista como la del médico, y ellas también pueden aplicar el protocolo del hospital. Pero en España, actualmente, cada vez más equipos de matronas están desarrollando programas de atención al parto con un bajo nivel de medicalización y unos excelentes resultados.

La resolución de problemas con procedimientos drásticos, como la cesárea, está haciendo que poco a poco vayan perdiéndose conocimientos y técnicas que los profesionales de hace años sí tenían. Un ejemplo es la versión externa, una maniobra manual que se realiza sobre la pared abdominal de la mujer para colocar al bebé cuando este se encuentra en una mala posición. Dado que este problema se resuelve casi siempre mediante cesárea, la mayoría de los profesionales ya no sabe cómo realizarla. Esto parecen demostrar los estudios llevados a cabo por la OMS: «En un estudio realizado en un país sobre las razones del aumento del índice de operaciones por cesáreas, se descubrió que el principal factor era la formación del médico». El mismo problema ocurre con la comadrona, cuya formación orientada hacia un mayor empleo de tecnologías complejas está contribuyendo a que pierda capacidades que otras generaciones poseían. Concretamente, el uso del monitor electrónico parece estar acabando con la habilidad de muchas comadronas para evaluar los latidos del corazón fetal con el estetoscopio. «La comadrona ya no se sienta con la parturienta, sino junto a una mesa que controla uno o más monitores electrónicos», continúa el informe de la OMS.

Otro motivo de la mayor proporción de cesáreas en algunos países es la retribución del médico. En la medicina privada, se pagan mejor las cesáreas que los partos. Esta es una manera de animar a los médicos a resolver el parto mediante una corta y programable operación de cesárea, en lugar de dedicar horas a esperar pacientemente a que una mujer dé a luz. De esta forma, la política de retribución puede indirectamente premiar las actitudes intervencionistas del médico. En un estudio realizado en Brasil, se constató que una de las principales resistencias de los hospitales a disminuir el índice de cesáreas era el propio sistema de financiación. Disminuir las cesáreas supone reducir el gasto y arriesgarse a una asignación de recursos inferior para el año siguiente. De esta manera, continúan desviándose hacia las cesáreas innecesarias recursos que serían mucho más beneficiosos en otras áreas de la salud.

## Los protocolos

La forma de atender el parto en los hospitales convencionales también contribuye a elevar la tasa de cesáreas. La postura horizontal, la oxitocina intravenosa y el resto de las prácticas rutinarias, junto con el estrés emocional de la madre, son factores que aumentan el riesgo de sufrimiento fetal y las complicaciones. Otra causa es el alto grado de inducciones, que en las clínicas privadas suelen aumentar antes de los fines de semana, los puentes y las vacaciones. Cuando el cuello está «verde», el riesgo de fracaso de la inducción es bastante elevado, especialmente en primíparas. Cuando eso ocurre, el paso siguiente es la cesárea. Por eso la OMS aconseja: «La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10 por ciento de inducciones».

## Una horita corta

Otro factor importante son los tiempos. Al embarazo se le asigna un tiempo fijo, cuarenta semanas, cuando lo cierto es

que en la naturaleza los tiempos fijos no existen. Un embarazo normal puede oscilar entre las treinta y siete y las cuarenta y dos semanas, y eso depende de cada mujer, de sus antecedentes familiares y de otros factores. La naturaleza se toma su tiempo para hacer las cosas, y eso es también aplicable al embarazo y al parto. Sin embargo, cuando una mujer sobrepasa la semana cuarenta, hay una cierta tendencia a inducir el parto, aunque el bebé y la placenta estén bien. Si un parto se induce cuando la mujer está «verde», es decir, cuando no hay ningún signo de parto inminente (cuello borrado, pródromos), las probabilidades de que no funcione son altas. Como la oxitocina intravenosa provoca contracciones más dolorosas, existe el riesgo de pedir y poner la epidural demasiado pronto, antes de que la dilatación haya alcanzado los 5 centímetros. En ese caso, puede ocurrir que la anestesia interfiera en la dilatación... y todo desemboque en cesárea.

Otra forma de ver el tiempo y los ritmos se refiere a la duración del parto, un aspecto que tampoco se libra del «culto a la velocidad» tan propio de nuestra cultura. Cuando una mujer ingresa de parto en el hospital, se le asigna unilateralmente un tiempo límite para la dilatación y para el expulsivo, cuando lo cierto es que el parto es un proceso natural, cuya duración puede variar considerablemente de una mujer a otra. Los partos se manipulan y fuerzan de todas las formas posibles para uniformarlos y ajustarlos a unos tiempos arbitrariamente asignados, y que poco responden a la realidad de la naturaleza. Por otra parte, a veces ocurre que los síntomas no son correctamente interpretados, de manera que si a una mujer que está en pródromos se le asigna un tiempo preestablecido como si realmente estuviera de parto, las probabilidades de «cumplir los plazos» disminuyen considerablemente, y se incrementan las posibilidades de acabar en el quirófano. Así, los profesionales saben que una de las consignas básicas para evitar cesáreas innecesarias es no dar por sentado que una mujer está de parto hasta que realmente lo está.

Aun así, la impaciencia de los profesionales a veces llega a límites insospechados, cuando las prisas les llevan a no respetar siquiera los tiempos establecidos por el protocolo. El

resultado en la mujer es una sensación de sentirse «forzada». Hay mujeres a las que se ha hecho dilatar en tres horas y practicado un fórceps o un Kristeller por un expulsivo «prolongado» de cinco minutos, por ejemplo.

Finalmente también está el hecho de que una vez que una mujer ha sufrido una cesárea, muchos médicos aplican el principio «después de cesárea, siempre cesárea». El motivo que se aduce es el riesgo de rotura uterina (0,5 por ciento). Según reflexiona la autora Henci Goer, la probabilidad de que una mujer de parto requiera una cesárea de emergencia por otras situaciones graves (estrés fetal, prolapso de cordón, hemorragia preparto, etc.) es treinta veces mayor que el riesgo de rotura de útero en un parto vaginal después de cesárea. La realidad es que el riesgo de rotura se incrementa en el caso de utilizar oxitocina sintética, y especialmente cuando se induce con prostaglandinas. En los hospitales, es raro atender los partos sin estimulación hormonal. Así, la atención a una mujer con cesárea anterior puede ser una molestia, porque obliga a atender el parto sin el recurso de la oxitocina. La OMS aconseja a este respecto: «No hay pruebas de que después de una cesárea previa, sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea, debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia».

### ¿Es la cesárea una intervención «menor»?

Los riesgos de la cesárea son numerosos. La cesárea multiplica de 2 a 6 veces el riesgo de mortalidad materna, y por 2 la mortalidad perinatal. Aunque haya casos en que la muerte se debe a la razón por la que se practicó la cesárea, los estudios señalan que al menos la mitad de los casos se deben a la operación en sí.

Posibles complicaciones de la intervención para la madre son las hemorragias, lesiones intestinales y vesicales, neuritis por compresión instrumental, trombosis, embolia pulmonar o cerebral, peritonitis, etc. La morbilidad también aumenta



como consecuencia del elevado uso de antibióticos, el mayor número de días de hospitalización y la elevada incidencia de infecciones. Además la cesárea complica embarazos y partos posteriores.

Para el bebé, nacer por cesárea tampoco es inocuo: aumenta el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria, de prematuridad iatrogénica y de laceraciones durante la intervención. Que el bebé durante la cesárea «no sufre» es una creencia que ya forma parte de la cultura. Pero las cosas no son así de lineales. Las horas que dura el parto preparan al bebé para su vida fuera del útero. Las hormonas del parto ponen a punto su organismo para la vida extrauterina, especialmente sus pulmones y su cerebro, y le preparan psicológicamente para su nuevo estado y el establecimiento del vínculo con su madre (ver «A propósito del vínculo»). El proceso de «estrujamiento» que experimenta al atravesar el canal del parto no solamente puede llegar a resultar placentero y estimulante (ver «Trauma de nacimiento y carácter»), sino que además le ayuda a vaciar sus pulmones de líquido, facilitando el inicio de la respiración.

Incluso cuando una cesárea es inevitable, se recomienda al menos dar la opción de que el parto empiece por sí solo. De esa manera, se evita el riesgo de haber calculado mal la fecha probable de parto y de que el bebé nazca con poco peso. Así también se da la oportunidad a la madre y al bebé de experimentar los efectos de las hormonas del parto.

## La herida emocional de la cesárea

Otros aspectos que no se tienen en cuenta son las repercusiones que el parto por cesárea tiene sobre la salud psíquica de la mujer y sobre aspectos tan importantes como el vínculo materno filial, la lactancia o la relación de pareja. Muchas mujeres experimentan un alto grado de culpabilidad, sensación de fracaso y desamparo, especialmente si sienten la incómoda sensación de que algo no «encaja». También parece haber una relación directa entre el parto por cesárea y la depresión posparto de la madre. Según la doctora Olza, coautora del libro

*¿Nacer por cesárea?*, la cesárea deja casi siempre una herida emocional, que puede tardar años en cicatrizar. Cuando las mujeres descubren que su cesárea fue innecesaria, o su necesidad provocada por las rutinas a las que fueron sometidas, a menudo se sienten estafadas, sienten que literalmente se les ha robado su parto. Esta realidad de la herida emocional llevó a Ibone Olza y Meritxell Vila a crear el foro Apoyocesáreas ([www.eListas.net/lista/apoyocesareas](http://www.eListas.net/lista/apoyocesareas)), foro de apoyo psicológico a mujeres que han sufrido cesáreas y partos traumáticos.

No todas las mujeres viven su cesárea de la misma forma. Por una parte, está la añoranza de algo que debía producirse y no ocurrió, la sensación de impotencia y rabia cuando se constata que la cesárea se debió a causas evitables, pero también influye el trato recibido durante la misma.

En mi caso, a pesar de estar el quirófano lleno de gente, no hubo una sola persona dentro que me dirigiese la palabra o una mirada de afecto; eso sí, recibí numerosas miradas curiosas hacia mi cuerpo completamente desnudo de un numeroso grupo de personas salidas de no se sabe dónde luchando por mirar a través de una puerta con ventana de ojo de buey, ya ves... y mi marido fuera. Y encima va el anestesista y me riñe porque me movía para ponerme la anestesia; cada vez que me acuerdo, se me revuelven las tripas. Si me movía, no era por la música que tenían en el quirófano, sino por las contracciones bestiales sin intermitencia (gracias a la oxitocina) que estaba sufriendo en aquel momento. Mientras me hacían la cesárea, hablaban de otro tema que no era sobre el que trabajaban, me sentí como... no sé decir cómo, pero no se puede consentir; si esta vez tengo que volver a pasar lo mismo, voy a reclamar a lo bestia.

A veces lo más duro ni siquiera es la cesárea en sí, sino el hecho de que esta se convierte en una excusa más para separar a la madre y al bebé. Estas cosas ocurren de forma habitual en un gran hospital madrileño:

Me trasladaron a la sala de reanimación, entré temblando fuertemente, según parece, a causa de la anestesia. Estaba tumbada

boca arriba y permanecí así más de veinticuatro horas; no sabía qué cables tenía conectados, ni siquiera me lo planteé, tampoco recuerdo exactamente cómo era la sala ya que en esa posición no la veía completamente. En cuanto sentí que una enfermera se acercaba, le conté mi angustia por no saber si mi hijo estaba vivo o muerto pero ella me contestó que allí no sabían nada de los niños, que solamente tenían a las madres y se alejó. Aún sigo sin entenderlo. A mi familia le dijeron que yo ya había sido informada de todo y que no podrían verme hasta la una de la tarde (mi hijo nació a las seis y diez de la mañana). Me pasé unas siete horas pensando en cómo estaría mi hijo, si es que vivía, vueltas y vueltas y vueltas en mi cabeza, allí tirada, sin poder moverme ni pedir ayuda, prisionera. Llegué a aislarme tanto de mi cuerpo que no lo moví para nada, solamente la cabeza. Llevaron a planta a las otras mamás y me quedé sola, sonó el teléfono y por lo que hablaban comprendí que era mi familia. Le grité a la enfermera: «Y el niño, ¿qué tal está?», pero no fue capaz de trasladar mi pregunta a través del teléfono y, tras decirles que yo estaba perfectamente, colgó. Me sentí tan desesperada como un náufrago que ve cómo se aleja un avión sin haber visto sus señales.

RAQUEL

## Madre y recién operada

Dice la doctora Gro Nylander que a nadie se le ocurriría encomendar el cuidado de un recién nacido a un recién operado de cirugía mayor. Y, sin embargo, se espera que las mujeres sí lo hagan. Hay muchos motivos para tratar de evitar una cesárea: un mayor riesgo para la madre y el bebé, la privación de la experiencia del parto, mayores dificultades con la lactancia y también el hecho de que la madre queda en unas condiciones difíciles para hacerse cargo de un bebé recién nacido. Cuando todo esto se debe a una cesárea innecesaria, como es este caso, las madres se sienten estafadas especialmente cuando se les recuerda ese mito ya arraigado de que los bebés «no sufren» y las mamás «se ahorran los dolores de parto».

Cuando me llevaron a la habitación, pude por fin verle. Pero no podía moverme, no podía alcanzarle en esa cuna que se me asemejaba tan lejana. Los demás lo cogían y lo movían. Yo no pude ni cambiarle un pañal hasta que pasaron días. Intentaba ponerme al pecho y todo el mundo me disuadía, mejor espera, que estarás cansada, ya le darás mañana. Y físicamente era muy difícil, sin poder moverme siquiera, el intentar dar el pecho a un bebé recién nacido.

Por la noche todos insistieron en que se llevaran al niño al nido. Yo no protesté ante la idea de darle un biberón. No me sentía con fuerzas y todo el mundo lo consideraba normal. La noche la recuerdo llena de dolores, pedí un Nolotil pero la vía se ocluyó (la primera de decenas de veces en la semana siguiente), y yo seguía exactamente con los mismos dolores toda la noche hasta que mi marido protestó y lo miraron. Yo pasé la noche sin poder dormir y pensando solamente: «quiero a mi bebé».

Al día siguiente, vinieron a lavarme y quitarme las vías. Yo cada vez respiraba peor pero pensaba que era consecuencia de la cirugía abdominal. Hablando con otra de las víctimas (amiga con cesárea) de la tocóloga, me enteré de que eso a ella no le había pasado y me quejé. Después de algunas pruebas, me dijeron que era parálisis intestinal (un bonito efecto secundario de la cesárea, calculo que perfectamente ayudado por el uso de enemas) y que me pondrían otra vez suero y sin comer ni beber hasta que empezara a expulsar gases. No tenía ganas de moverme entre goteros, dolores, hambre y sed. Nadie me ayudaba con el pecho. El suero me lo pusieron en el brazo, así que era muy difícil coger al niño entre eso y la herida de la cesárea. Cada dos por tres, se ocluía la vía y se enteraban porque yo protestaba cuando no bajaba nada. Me deshidraté varias veces. El niño llegó a arrancarme un trozo de pezón en su ansia de comer. Me sacó sangre un par de veces en lugar de leche.

Cuando venían a ponerme de nuevo el catéter, me desagradaba y me asustaba que no usaran unos guantes siquiera. Las curas las hacían igual. Las grapas de la cesárea se enganchaban con las compresas que me habían recomendado poner en la herida para protegerla. Me asustaba ir al baño porque sabía que siempre había grapas enganchadas. Yo tenía ganas de llorar aunque me

empeñara en levantarme y moverme. A los seis días, en cuanto me quitaron el gotero, empecé a caminar por la clínica porque me aseguraron que eso aceleraría mi recuperación, aunque se me cortara la respiración a cada paso.

Me aseguraban que siempre subía la leche, que no había nada que lo impidiera. Ahora sé que no es verdad. Mi cuerpo no reaccionaba. Pasé días deseando que se largara la gente que venía a verme, sintiéndome inútil por no poder atender a mi bebé, por no poder darle el pecho. Al día siguiente de nacer ya empezamos con los cólicos de lactante. Calculo que entre lo traumático de una cesárea (siempre he pensado que el peque se había dormido cuando me quitaron la oxitocina para meterme en el quirófano, y por eso no lloró cuando le sacaron de mí; desde entonces, siempre que le coges dormido de la cuna, por muy suave que seas, se asusta terriblemente; y no sé si además lo dejaron solo en la mesa que usan para examinar a los bebés hasta que lo vistieron y entregaron a su padre; el pensamiento de mi peque solito sobre la mesa durante ese tiempo en que yo estaba aterrorizada me quita el sueño y me provoca lágrimas) y los dichosos biberones en el nido, al pobre se le adelantó la cosa.

CARMEN MARTÍNEZ

Para saber más:

---

**Artículos:**

«Aspectos psicosociales del parto por cesárea.» Ibone Olza. *Ob Stare* n.º 8, primavera 2003.

«Consejos para evitar cesáreas innecesarias.» Folleto elaborado por la asociación El Parto es Nuestro. [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org)

«Por qué no programar una cesárea.» Joni Nichols. [www.partonatural.net](http://www.partonatural.net)

«Parto y nacimiento después de cesárea.» Murria Enkin. *Ob Stare* n.º 8, primavera 2003.

«En defensa del Parto Vaginal Después de Cesárea (PVDC). Crítica de la investigación actual.» Jill MacCorckle. [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org)

«Cesáreas en México.» Marian Tudela, partera profesional. [www.midwiferytoday.com/articles/cesareassp.asp](http://www.midwiferytoday.com/articles/cesareassp.asp)

«América Latina: una epidemia de cesáreas.» Paul Constante. [www.iadb.org/idbamerica/archive/stories/2000/esp/AGO00c/c800i.htm](http://www.iadb.org/idbamerica/archive/stories/2000/esp/AGO00c/c800i.htm)

«Latin Women Found to Get Unnecessary Maternal Care.» Charnicia E. Huggins. *British Medical Journal*, 2002.



## El corte del cordón umbilical

El pinzado inmediato del cordón umbilical es una práctica habitual en los paritorios convencionales, a pesar de ser cuestionada desde hace más de dos siglos. Erasmus Darwin, abuelo de Charles Darwin, advertía ya acerca de lo negativo de esta práctica:

Otra cosa muy perjudicial para el niño es pinzar y cortar el cordón del ombligo demasiado pronto, que se debe dejar siempre sin tocar hasta que el niño no solamente haya respirado varias veces sino hasta que su latido haya cesado por completo. De otra forma, el bebé es mucho más débil de lo que debería ser, puesto que en la placenta se queda una cantidad de sangre restante que debía haber entrado en su cuerpo.

ERASMUS DARWIN,  
*Zoonimia* (1801)

Después del parto, casi un tercio de la sangre del bebé permanece en la placenta. Durante unos minutos, el cordón umbilical continúa latiendo y esa sangre es bombeada de la placenta al bebé. Ese tiempo constituye un margen de seguridad fisiológico que permite al bebé iniciar la función respiratoria con su fuente de oxígeno intacta. El cordón umbilical tiene suficiente longitud para que el recién nacido acceda al pecho de su madre todavía unido al cordón, lo que permite un armónico y placentero inicio de la respiración una vez que el líquido amniótico y la mucosidad liberan sin prisa los orificios nasales.

La naturaleza nunca hace nada abruptamente. La noche sucede al día y la primavera al invierno de forma imperceptible;

tampoco nos dormimos repentinamente, sino que nos deslizamos suavemente en brazos del sueño, y hacernos adultos nos lleva cuando menos veinte años. Si la naturaleza prevé un tiempo para cada cosa, ¿qué nos hace pensar que el bebé debe pasar de la fase acuática del vientre materno a respirar de forma normal en el corto intervalo de unos segundos? ¿A qué obedecen esas prisas por separar al bebé de su fuente de sangre oxigenada?

Si el cordón se pinza cuando deja de latir, el bebé tiene tiempo de comenzar a respirar poco a poco, de una forma suave y relajada, sin angustias por no tener oxígeno. En estas condiciones, la mayor parte de los bebés apenas llora, porque su primera experiencia extrauterina es agradable, segura y sin trauma.

En nuestros hospitales, sin embargo, se suele pinzar y seccionar el cordón umbilical en el momento en que el niño sale del vientre materno, poniendo inmediatamente al recién nacido en una situación de privación de oxígeno, fuente de máxima angustia para los mamíferos. El bebé boquea angustiosamente, tratando de respirar, antes incluso de que los orificios nasales se hayan liberado totalmente, motivo por el que se les practica la aspiración sistemática de mucosidades. La súbita irrupción de aire resulta agresiva y dolorosa para los pulmones, y el bebé hace su primera inspiración sumido en el pánico. Leboyer resume así la situación:

Si cortamos el cordón inmediatamente, creamos una situación que es la opuesta a lo previsto por la naturaleza. Pinzando el cordón antes de que los pulmones estén operativos, reducimos el aporte de oxígeno al cerebro del niño. Su organismo solamente puede reaccionar con violencia a nuestra agresión, poniendo en marcha los sistemas de estrés. No solo hemos hecho algo absurdo, sino que hemos creado lo que Pavlov llamó un reflejo condicionado que será operativo durante toda la vida. ¿Qué es lo que hemos unido? Vida y respiración; respiración y terror de una muerte inminente.

Para muchos psicólogos, la predisposición a la angustia y la ansiedad tiene entre sus causas más antiguas una forma de



nacer innecesariamente angustiosa. Quizá no sea casualidad la aparición de tantas terapias psicofísicas que tienen como objetivo, precisamente, revivir ese momento para sanar el trauma del nacimiento: *rebirthing*, *le cri primal*, etcétera.

El obstetra George Morley ([www.cordclamping.com](http://www.cordclamping.com)) ha consagrado buena parte de su vida a investigar el impacto del pinzado prematuro del cordón y a alertar acerca de lo que considera un error con lamentables consecuencias para los bebés. Según el doctor Morley, la obstetricia convencional todavía no comprende cuáles son las funciones del cordón y de la placenta, y los médicos continúan aprendiendo y creyendo que el pinzamiento tardío del cordón puede proporcionar al bebé demasiada sangre. Afirma el doctor Morley:

Mientras tanto, las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) están llenas de recién nacidos débiles, que han sufrido un pinzamiento prematuro del cordón, que muestran grandes insuficiencias de sangre, palidez, hipovolemia (volumen bajo de sangre), anemia (poca cantidad de glóbulos rojos), hipotensión (tensión arterial baja), hipotermia (baja temperatura), oliguria (poca producción de orina), acidosis metabólica, hipoxia (bajo suministro de oxígeno) y dificultades respiratorias (choque pulmonar), hasta el punto de que algunos necesitan transfusiones de sangre y muchos más reciben expansores de esta.

El doctor Morley asegura que el riesgo de que el bebé reciba un exceso de sangre es un mito desmentido por numerosos estudios y un error que la naturaleza no podría cometer sin conducir inmediatamente a la extinción de la especie.

Después del nacimiento, los pulmones necesitan un tiempo para vaciarse de líquido e iniciar su función respiratoria. Hasta ese momento poco irrigados, los pulmones se llenan de sangre, atrayéndola desde otras zonas del cuerpo, incluido el cerebro. Si la fuente de sangre (el cordón) permanece activa, el bebé equilibra los niveles de sangre en todo su organismo. Cuando está rosado y la respiración instaurada, los vasos del cordón se colapsan y cierran por sí mismos. Entre el nacimiento y ese momento, la transfusión de sangre de la placenta al

bebé asegura un suministro suficiente de sangre oxigenada que protege su cerebro.

Si se pinza el cordón inmediatamente después del nacimiento, también se corta el suministro de sangre oxigenada y se convierte el hecho de empezar a respirar en una cuestión de vida o muerte. El bebé desvía sangre de otros órganos para llenar los vasos del pulmón. Si el parto ha sido bueno y el bebé está en buenas condiciones, esto puede no tener mayores consecuencias. Pero si ha nacido prematuro, con bajo peso, o ha tenido sufrimiento fetal durante el parto, y encima se le priva de parte de su sangre, la cosa cambia. En estos casos, es conducido inmediatamente a la mesa de «reanimación», prescindiendo del mejor y más inmediato tratamiento posible para ello, que es continuar en brazos de su madre con su fuente de sangre oxigenada intacta. «La práctica obstétrica estándar actual es pinzar el cordón inmediatamente para obtener un pH del cordón, lo que maximiza la asfixia y la hipovolemia (insuficiente volumen de sangre) y favorece una EHI (encefalopatía hipóxica isquémica, causa de parálisis cerebral). La sangre placentaria capaz de salvar la vida se desecha, mientras zonas del cerebro del bebé mueren por falta de oxígeno», lamenta el doctor Morley.

En condiciones normales, si para el bebé es negativo el pinzado inmediato, para la madre tampoco es inocuo. Si el cordón se pinza antes de que deje de latir, la placenta queda más cargada de sangre, de forma que su desprendimiento y expulsión tienen más riesgos.

Diversos estudios han constatado además que cuando el cordón permanece latiendo, en dos minutos pasa tanto hierro como en seis meses de lactancia materna. En unos estudios realizados sobre la anemia en los bebés llevado a cabo por UNICEF en Argentina, se comprobó que el 40 por ciento de los bebés tenía anemia. El informe concluía que para evitarla había que dejar el cordón sin pinzar unos minutos después del nacimiento. Muchos profesionales se preguntan hasta qué punto la necesidad de administrar vitamina K a los recién nacidos no está relacionada también con esta práctica.

## Qué dice la OMS

---

Por lo que se refiere al pinzamiento precoz del cordón umbilical y separación de madre y bebé, en su «clasificación de las prácticas en el parto normal» del año 1999, la OMS incluye entre las «prácticas que son claramente útiles y que deberían ser promovidas», el «contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto», y entre las «prácticas de las que no existe evidencia clara y deben usarse con cautela», la «ligadura y sección precoz del cordón umbilical».

En su protocolo para el parto normal, la OMS recomienda:

- Ubicar al bebé sobre el abdomen de la madre y secarlo inmediatamente. Animar a que la madre participe. Quitar la toalla y tapar a la madre y al niño con una segunda toalla que se encuentre seca. Mantener la cabeza del bebé tapada para minimizar la pérdida de calor.
- Cortar el cordón una vez que hayan cesado las pulsaciones del mismo mientras el bebé se encuentra con su madre, siempre y cuando no exista una hemorragia significativa.
- Incentivar el cuidado materno piel con piel con su bebé durante al menos las primeras dos horas después del parto, así como todo lo que sea posible durante el posparto inmediato y posteriormente.



Para saber más:

---

### Artículos:

- «Cordón umbilical, garantía de hierro.» Diario *Clarín*, 16 de noviembre de 2003.
- «Pinzamiento prematuro del cordón umbilical y daño cerebral.» George Morley. [www.partonatural.net](http://www.partonatural.net), [www.cordclamping.com](http://www.cordclamping.com)
- «Encefalopatía neonatal. Encefalopatía hipóxico-isquémica y subsiguiente parálisis cerebral: Etiología, patología y prevención.» George Morley. *Medicinas Complementarias*, n.º 71. Extracto del artículo de un artículo cuyo original se puede consultar en: [www.cordclamping.com](http://www.cordclamping.com)
- «Ventajas de un parto en casa en caso de complicación.» Naolí Vinaver. *Ob Stare* n.º 5, verano 2002.
- «Primera hora tras el nacimiento: no despierten a la madre.» Michel Odent. Primal Health Research Centre. [www.partonatural.net](http://www.partonatural.net)
- «Parar la matanza de las mujeres. Desangrarse hasta morir.» Michel Odent. Primal Health Research Centre. [www.partonatural.net](http://www.partonatural.net)

### Libros:

*Parto seguro*. Beatrijs Smulders y Mariël Croon. Medici, 2002.



## Médicos y comadronas

Es una creencia hasta cierto punto extendida en España y muchos países de Latinoamérica que ser atendida por un ginecólogo es más seguro que ser atendida por una comadrona. Efectivamente, eso es cierto en el caso de los partos de riesgo, o en caso de complicación. Sin embargo, por lo que se refiere a los partos normales, que son la mayoría, los estudios demuestran que los atendidos por comadronas tienen un nivel de seguridad al menos comparable a los atendidos por médicos, pero con un porcentaje de intervenciones (cesáreas, episiotomías, fórceps, etc.) notablemente inferior.

Pero esto no es nuevo. Ya en 1925, en una conferencia sobre salud infantil celebrada en la Casa Blanca, se llegó a la conclusión de que las comadronas obtenían un mayor porcentaje de niños nacidos sanos porque «esperan pacientemente y dejan que la naturaleza siga su curso». Estando su formación orientada a la resolución de patologías, cuando los obstetras atienden partos normales (de bajo riesgo), tienden a hacerlo más desde el punto de vista del riesgo y de las complicaciones que del de la normalidad y la promoción de la salud. De esa manera, cargan con un trabajo que en realidad corresponde a la comadrona, del que no perciben la totalidad de las implicaciones y para el que no disponen del tiempo necesario. Esto hace que la tasa de intervenciones aumente y que mujeres saludables que podrían haber vivido un parto normal regresen a casa intervenidas, doloridas y cosidas.

Sin embargo, aunque la labor de las comadronas es en principio más adecuada que la de los tocólogos por lo que respecta a los partos normales, en la práctica no siempre es así. Uno de los motivos es su formación. Cuando el médico comenzó a atender

partos, el uso del fórceps y la episiotomía convirtió el parto en un acto quirúrgico, que quedaba bajo su supervisión. El papel de la comadrona terminó subordinado al del tocólogo.

De esta manera, la comadrona pasó a ser instruida por médicos hombres que no dan a luz, de acuerdo con criterios mecanicistas e intervencionistas, para cumplir en el paritorio un papel secundario. Una formación que comprometía las cualidades tradicionales de la mujer que ayudaba a nacer, como la intuición, la empatía, el respeto por la sabiduría de los procesos naturales y la humildad para situarse en una discreta posición de servicio.

Como todo es coherente, la jerarquización de la relación entre médico y matrona tuvo su contrapartida en la subordinación de la mujer a la matrona dentro de la jerarquía hospitalaria. No deja de ser todo un síntoma que la palabra *comadrona*, que proviene de la palabra *co-madre* —en el mismo nivel que la madre—, haya sido sustituida por la palabra *matrona*, con indudables connotaciones de autoridad. La matrona era la mujer que transmitía los valores de la sociedad patriarcal en la antigua Roma. En las escuelas todavía se les enseña que a las mujeres hay que rasurarlas, ponerles el monitor y el gotero, inyectarles oxitocina y cortar sus genitales, y que hay que llevarse al bebé en cuanto nace. Era difícil que la intuición, la habilidad y el saber hacer de la mujer que ayuda a otra a parir no quedaran afectados por una formación de corte intervencionista y que considera a la mujer como un pasivo campo de trabajo. El mejor conocimiento de la fisiología no ha ayudado a la matrona a confiar más en la mujer y en su propia naturaleza, sino a intervenirla mejor.

En España, a los estudios de matronería todavía se accede a través de la carrera de enfermería. En otros países europeos, a la escuela de matronas se accede directamente, ya que se considera que una mujer que da a luz es en principio una mujer sana en un proceso saludable. No tiene sentido, pues, dedicar años a estudiar cómo cuidar de enfermos para, con ese punto de vista, comenzar a aprender cómo atender partos.

En España, se dio otra circunstancia que complicó aún más la situación de estas profesionales: fue el inexplicable cierre en 1986 de las escuelas de matronas. Un hecho insólito que

podría haber conducido a la casi desaparición de la profesión como tal, si desde la UE no se hubiera presionado al Gobierno español para que reabriera las escuelas. Eso ha dado lugar en los hospitales a una situación de escasez de personal, pues hay puestos de trabajo que no pueden cubrirse por falta de profesionales. La reapertura diez años después de las escuelas (como especialidad de enfermería) todavía no ha resuelto el problema, dado que el número de plazas ofertadas en los centros educativos apenas asegura el relevo generacional, pero no sirve para recuperar el desfase producido en ese tiempo. Mientras tanto, un centenar de españolas se van cada año a estudiar matronería a Inglaterra.

En el hospital, esta escasez de profesionales es un factor más de medicalización y deshumanización de la atención, en la medida en que incrementa la necesidad de estandarizar las prácticas y confiar buena parte del proceso al control de las máquinas. Esto hace también que parte del trabajo que deberían realizar matronas lo hagan otros colectivos: ginecólogos, enfermeras y auxiliares.

Nadie mejor que un representante de la profesión para hacer un diagnóstico de la actual situación de la matronería en España. José Ignacio Matute, comadrón asturiano, lo explica así de claramente:

La situación de la matrona en España la veo reflejada en dos conceptos: crisis y cambio. La falta de matronas, que da lugar a la desaparición de plazas o, lo que es peor, la amortización de dichas plazas por médicos y enfermeras, impide el desarrollo de una profesión que representa una auténtica prevención y detección precoz de riesgos en la salud sexual y reproductiva de las mujeres. El desgaste profesional ante la imposibilidad de hacer todo lo que la matrona tiene que hacer, la falta de unión entre matronas sin un claro liderazgo y la comodidad de trabajar a la sombra de la responsabilidad de los médicos crean una situación que repercute en la calidad asistencial, ganando terreno la excesiva medicalización del embarazo, parto, posparto y alimentación del bebé. Esto conlleva un aumento de los gastos sanitarios sin una clara y real mejoría de la salud materno-infantil.

Las matronas españolas necesitan un cambio a todos los niveles. El primer paso ya está dado. Próximamente la profesión de matrona será independiente de enfermería y será una carrera universitaria de cuatro años. Pero el verdadero cambio es el que se tiene que producir en las propias matronas. La adquisición sin condiciones de nuestras responsabilidades profesionales y éticas nos va a colocar cara a cara con nuestras clientes (madres y sus familias) para, entre otras muchas cosas, entregarles el parto que les arrebataron, y con otros profesionales (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, etc.) para dejar bien claro cuál es nuestro terreno. No va a ser cómodo pero merece la pena.

Merece la pena acompañar a la mujer y a su familia durante todo el embarazo, parto y posparto por el mismo equipo de matronas (continuidad de cuidados y cuidadores), alcanzando una satisfacción del 98,7 por ciento y reduciendo las intervenciones obstétricas como cesáreas, fórceps y ventosas, episiotomías, estancia hospitalaria y reingresos, y ayudar a la mujer y a su bebé a tener lactancias prolongadas (estos datos son del Ministerio de Salud canadiense).

Merece la pena que haya en España una profesión como la de matrona preparada y capacitada de manera integral, para ayudar a que cada mujer tenga el parto que desea sin disminuir un ápice la seguridad.

Merece la pena que, en un momento en el que el gasto sanitario se dispara, seamos un recurso eficaz y eficiente. Es curioso ver que países como Canadá, Australia, Holanda, Francia, Nueva Zelanda, etc., invierten en matronas y España lo que intenta es hacernos desaparecer convirtiéndonos en meros ayudantes del médico fácilmente sustituibles por enfermeras.

JOSÉ IGNACIO MATUTE ALBO. Comadrón Asturias.  
j\_matute@wanadoo.es

En nuestro país, se da la circunstancia de que profesionales interesados en una asistencia al parto respetuosa tienen que dedicar años de estudios y de residencia a aprender técnicas y actitudes que posteriormente tendrán —en el mejor de



los casos— que desaprender. Esto no es solamente un despilfarro de recursos y energía, sino que causa mucho desánimo a quienes quieren hacer su trabajo con una mayor consciencia.

Por todo ello, no parece posible cambiar las condiciones del nacimiento si la comadrona no recupera su verdadero papel, que es el de actuar como mujer además de como profesional, y se reconoce la riqueza creativa de la complicidad entre mujer y comadrona. Según el doctor Odent, una presencia masculina puede ser un freno en el desarrollo del parto, y se lamenta de que algunas escuelas de comadronas estén aceptando actualmente a alumnos hombres. Dada la importancia de la intimidad en el proceso del parto, el género de los asistentes no parece una cuestión anodina.

A conclusiones similares, pero aún más extremas, llega el ginecólogo John Smith, médico que, después de muchos años dedicados a la obstetricia, escribió un libro, *Women and doctors*, en el que habla así de claro de su profesión:

Los «hombres de verdad» dominan más que cooperan, controlan más que cuidan, se apropian más que comparten. Estos atributos impregnan todos los aspectos de nuestra vida, pero en ningún otro aspecto es más aparente que en nuestra relación con la mujer... La mayor parte de los hombres adultos son incapaces de eliminar esto de su relación con las mujeres, y los ginecólogos no son diferentes. Trasladan sus prejuicios machistas contra la mujer, y su necesidad de dominar y controlar a la relación médico-paciente. No comprenden cuáles son las necesidades reales de la mujer, no respetan su integridad corporal, no les importa ni entienden sus valores... Después de veinticuatro años de formación médica y experiencia en ginecología, mi opinión es que los hombres no deberían ser ginecólogos. El papel corresponde a la mujer.

Sin embargo, actualmente muchas mujeres no estarían de acuerdo con estas afirmaciones. No pocas historias de parto especialmente duras, con experiencias de maltrato y abuso de poder, son protagonizadas por ginecólogas y matronas. Una realidad que hace que muchas madres y padres se pregunten: «¿Cuál es el motivo de tanta insensibilidad?».

## Las comadronas son más rentables

Según un estudio realizado por el Ministerio de Salud canadiense, cuando la mujer es atendida por una matrona, el ahorro para el sistema sanitario es de entre 800 y 1.800 dólares. El gerente del Hospital de Ottawa calculó que cuando el parto es atendido por una matrona, el ahorro para el hospital ronda los 950 dólares. En esos casos, además, la tasa de satisfacción de las madres es del 98,7 por ciento. En el año 2003, en Canadá se dio una falta de matronas similar a la actual situación española, lo que originó un gasto extra en los hospitales de Ontario de 2,8 millones de dólares. El programa «Cuidados a Largo Plazo», llevado a cabo por el Ministerio de Salud para evaluar los cuidados a las embarazadas de bajo riesgo por matronas y por médicos, puso de manifiesto que las matronas tuvieron un 38 por ciento menos de cesareas, un 62 por ciento menos de partos instrumentales, la mitad de la tasa de episiotomías, más del doble de mujeres dadas de alta antes de cuarenta y ocho horas, menor porcentaje de reingresos de madres y bebés y una mayor tasa de lactancia materna a las seis semanas.

Las mujeres son cada día más conscientes de que ambos profesionales —matronas y ginecólogos— tienen su ámbito de acción bien diferenciado y de que el parto normal progresa mejor cuando es atendido por una comadrona. Por ello, en los últimos cuatro años, en Canadá la demanda por parte de las mujeres de ser atendidas por matronas ha aumentado en un 125 por ciento (datos ministeriales).

La recuperación de la matronería en el mundo corre pareja con el desarrollo del concepto de prevención y, aún más, del de promoción de la salud. La matrona como persona que atiende a la mujer desde una perspectiva fisiológica, preventiva y de normalidad se perfila cada vez más como un elemento clave del sistema sanitario. No porque vaya a aplicar la «medicina», sino precisamente de cara a evitar en lo posible que partos normales y saludables generen iatrogenia innecesaria física, psicológica y social.

## Qué dice la OMS

---

Por lo que se refiere a la atención, en sus «principios acerca del cuidado perinatal», la OMS incluye entre las «formas de cuidado que deberían ser abandonadas», el «hacer participar a los médicos en la atención de todas las mujeres». Ya en sus primeras recomendaciones se afirmaba: «Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo».

## Para saber más:

---

### Artículos:

- «Continuidad de la atención.» José Ignacio Matute.
- «Comadronas ante la decisión ¿qué camino es el mejor?» Mireia Marcos, Carina López Ballester, Rafael Andrés. [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org)
- Documento sobre «Continuidad de los cuidados a largo plazo», en la web de la Asociación de Matronas de Ontario ([www.aom.on.ca](http://www.aom.on.ca)).
- «La humanización del nacimiento es una obligación legal.» Francisca Fernández. [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org)

**Libros:**

*Parto seguro.* Beatrijs Smulders y Mariël Croon. Medici, 2002.

*Women and doctors.* J Smith. The Atlantic Monthly Press, 1992.

*Nurses, midwives and witches.* Barbara Ehrenreich y Deirdre English. Feminist Press, 1972.



## Método madre canguro

Si los bebés niños nacidos a término tienen necesidades urgentes, los prematuros las tienen en mayor intensidad. Nacidos antes de plazo, la maduración de sus sistemas requiere de un cuidado aún más exquisito que la de los que han nacido a término: calor, contacto, seguridad emocional, lactancia materna.

De todas estas necesidades, la incubadora solamente satisface una: el calor. El bebé mantiene una temperatura estable, pero al mismo tiempo un aislamiento total del mundo exterior. Separada de su bebé, para la madre, establecer la lactancia se convierte en una misión casi imposible, y ambos progenitores son limitados al papel de espectadores tras los cristales de la sala de prematuros.

La necesidad de contacto del bebé es más que emocional. Un recién nacido totalmente privado de abrazos y caricias puede acabar por morir, lo que ocurría a gran parte de los niños abandonados en las inclusas en siglos pasados. Si no está totalmente privado de esos estímulos, el bebé crece, pero más despacio y disfuncionalmente que los bebés normales.

En unos experimentos llevados a cabo hace años, se comprobó que los bebés prematuros que eran acariciados por una enfermera durante cinco minutos varias veces al día aumentaban de peso más deprisa y eran más robustos que los del grupo de control. Cuando años más tarde se repitió el mismo experimento utilizando a las madres en lugar de la enfermera, el resultado fue aún más sorprendente. Cuatro años después, los niños prematuros que habían sido acariciados por sus madres regularmente durante su permanencia en la incubadora no solamente habían crecido mejor, sino que obtenían una

media de 15 puntos más en los tests de inteligencia que los niños que no habían sido tocados. Antes de esto, en los años cuarenta, se había comprobado que cuando se emitía una grabación de latidos cardíacos en una sala de prematuros, más de la mitad de los niños dejaba de llorar.

Estos son unos pocos de los muchos experimentos que demuestran lo importante que es para el bebé la presencia de su madre. Por ejemplo, en alguna maternidad «progresista» de Estados Unidos, llegó a introducirse en la incubadora un pedazo de tela impregnado del olor de la madre, el primer olor que los bebés reconocen al nacer, porque se comprobó que eso los tranquilizaba.

Todos estos estudios dan vueltas y más vueltas en torno a la cuestión fundamental —la importancia del factor afectivo y del contacto con la madre— pero evitan cuidadosamente tocarla. En Colombia, a finales de los años setenta, una crisis de recursos en la que a la escasez de incubadoras se vino a unir la abundancia de nacimientos prematuros obligó a repensar la neonatología. El modelo fue la propia naturaleza. El método, el del canguro.

El método fue ideado por el doctor Edgar Rey Sanabria, del Instituto Materno Infantil de Bogotá, y desarrollado conjuntamente con los doctores Héctor Martínez y L. Navarrete. Los prematuros y recién nacidos de peso inferior a 2 kilos eran enviados a casa, si el examen clínico previo era satisfactorio. La consigna era culminar una gestación tipo «canguro»: cada bebé permanecía día y noche con su madre en contacto piel con piel, colocado en posición vertical en una bolsa especialmente diseñada para ello y en una habitación bien caldeada. Las madres amamantaban a su bebé a demanda. El estudio comprendía cuatrocientos sesenta y siete bebés de peso inferior a los 2.000 gramos, de los que siete pesaban menos de 1.000 gramos y noventa y seis entre 1.000 y 1.500.

Solamente un 4 por ciento de los casos requirió hospitalización por hipotermia, y se registró un 3,5 por ciento de mortalidad, cifra que contrastaba con el 60-70 por ciento anterior a la puesta en marcha de este plan. Concretamente, la tasa de supervivencia de los bebés nacidos con menos de 1.000

gramos de peso pasó del 0 al 72 por ciento; mientras que la de los bebés que pesaron entre 1.000 y 1.500 gramos pasó del 27 al 89 por ciento. Además, los bebés ganaban peso más rápidamente, estaban más tranquilos, mantenían una temperatura más estable y presentaban menos problemas respiratorios cuando eran «incubados» por sus madres.

Aparte del indudable beneficio del contacto piel con piel de madre y bebé, una parte de estos excelentes resultados se debió a una reducción del riesgo de infección. Estar ingresado en un hospital supone estar expuesto a gérmenes extraños y potencialmente peligrosos, lo que no ocurre cuando la incubadora es la madre, para cuyos gérmenes el bebé tiene las defensas desarrolladas en el útero y las que le proporciona el calostro y la leche materna.

El método madre canguro ha evolucionado y se ha perfeccionado desde entonces, obteniéndose resultados aún mejores. Sin embargo, lo esencial del mismo es muy sencillo: contacto piel con piel con la madre, lactancia materna exclusiva y a demanda y apoyo a la díada madre-bebé y a la familia. El papel del padre es igualmente importante. El método madre canguro no intenta sustituir a la madre, sino apoyarla para que ella pueda incubar a su bebé.

En España, algunos grandes hospitales han incorporado el método madre canguro en su servicio de neonatología, por ejemplo, el hospital Valme de Sevilla, el Juan XXIII de Tarragona o el Doce de Octubre de Madrid. En esos hospitales, los padres «incuban» a sus bebés y las puertas de las salas de prematuros están abiertas día y noche. Sin embargo, la mayoría de los hospitales continúa todavía con el procedimiento convencional, esto es, mantener al bebé en incubadora y limitar las visitas de los padres a horas preestablecidas. La lactancia, en estos casos, se complica considerablemente.

La maternidad de Pithiviers ha encontrado en la combinación de ambos métodos, la incubadora y el canguro, una fórmula muy operativa. Los niños prematuros o de bajo peso que no presentan una patología asociada no son trasladados a los servicios de neonatología, a no ser que sea imprescindible, lo que ocurre en tan solo un 1,5 por ciento de los casos. Para

los que precisan de incubadora, pero no están en situación de emergencia, se instala una en la misma habitación de la madre. Esta va alternando el sistema del canguro con la incubadora, de modo que las madres cuidan de su hijo, lo amamantan y pronto aprenden a tener suficiente criterio para avisar al personal si detectan cualquier anomalía. La habitación se sobrecalienta, de manera que la madre puede tener al bebé piel con piel contra su cuerpo, o tenerlo con ella en el calor de su cama, hasta que puede prescindir de la incubadora totalmente. Los bebés de menos de 2,5 kilogramos cuidados de esta forma en Pithiviers no solo prosperan más rápidamente, sino que en ningún caso han precisado de hospitalización secundaria posterior. Los excelentes resultados obtenidos con esta forma de tratar a los prematuros han llevado a muchos pediatras a deducir que muchas de las alteraciones metabólicas que sufren los bebés prematuros no se deben al hecho de serlo, sino a la privación de contacto amoroso y de estimulación.

Los prematuros y nacidos con bajo peso tratados de ese modo adquieren una autonomía comparable a la de un nacido a término mucho más rápidamente que los tratados con métodos convencionales. Al mismo tiempo se evitan las innumerables consecuencias de todo tipo que la separación de la madre puede infligir en un recién nacido, además prematuro, como la privación de contacto amoroso, seguridad emocional y lactancia materna.

## La incubadora no es lo mejor

El confinamiento de los bebés prematuros y de bajo peso en urnas de cristal es una práctica cada vez más cuestionada. Separar a cualquier criatura recién nacida de su madre —con mayor razón si es prematura o de bajo peso— tiene consecuencias físicas y psicológicas, no solamente a corto sino también a largo plazo. Esto es algo verificado de mil formas por científicos de diversas disciplinas.

Las crías mamíferas arrancadas de su hábitat normal (su madre) tienen un comportamiento similar, que los científi-



cos llaman «respuesta de protesta-respuesta de angustia». Esta respuesta fue observada por primera vez en los orfanatos después de la Segunda Guerra Mundial y confirmada en estudios con monos y otros muchos animales. Esta respuesta de protesta, lejos de ser un «capricho», tiene un propósito de supervivencia. El bebé internado en incubadora por problemas de salud o bajo peso sufre un considerable aumento de hormonas del estrés, que le causan bajadas de la temperatura del cuerpo y del ritmo cardíaco. «Llorar es nocivo para los recién nacidos; ello restaura la circulación fetal y aumenta el riesgo de hemorragia intraventricular y diversos otros problemas. La primera violación, lo peor que puede ocurrirle a cualquier recién nacido, es la separación de su madre, su hábitat normal.» Así lo afirma el pediatra sudafricano Nils Bergman (ver capítulo «A propósito del vínculo»).

La necesidad de contacto amoroso del bebé es tan importante como la necesidad de alimento. El amor nutre al bebé tanto como la leche.

El contacto con el cuerpo de la madre actúa como un «regulador de amplio espectro», ya que el bebé tiende a sincronizar sus constantes vitales con las de su madre. En contacto con ella, consigue una mejor termorregulación, estabiliza la función cardio-respiratoria y mejora sus niveles de oxigenación. También sincroniza su curva de actividad cerebral y los ritmos de sueño y despertar, además de favorecer la producción de leche. Por todos estos motivos, recluir a un bebé en la incubadora y limitar las horas de visitas de los padres puede ser considerado como una forma de maltrato al bebé y a la mamá.

En el marco del II Simposio Internacional de Lactancia Materna celebrado en Bilbao en 2005 y organizado por la Liga de la Leche de Euskadi, la neonatóloga Josefa Aguayo hacía recuento de las recomendaciones y tratados nacionales e internacionales que protegen el derecho de todo prematuro y de toda madre a estar juntos el mayor tiempo posible y de hacer todo lo que se pueda para instaurar una lactancia materna exitosa. La declaración de Barcelona ratificada en el V Congreso Mundial de Medicina Perinatal (2001) en relación con los

derechos de la madre dice: «Toda mujer tiene el derecho a ser informada de los beneficios de la lactancia materna y animada a iniciarla inmediatamente después del parto...Toda mujer tiene derecho a un acceso ilimitado a su hijo mientras se encuentre en el centro hospitalario y su estado se lo permita».

El método madre canguro tiene casi treinta años de evolución. Sin embargo, en el siglo XXI, en la mayoría de los hospitales todavía suceden estas cosas:

La primera vez que los vi estaban en incubadoras contiguas en la UVI, llenos de cables, con un tubito en la boca, los ojos tapados, un gorrito y patucos. Y un pañal enorme, sin ajustar, que les llegaba a las axilas. Me eché a llorar abrazada a las incubadoras. Eran mis hijos y no podía tocarles, no podía verles la cara.

No es de extrañar, pues, que la OMS recomiende: «Al igual que la mujer debe tener derecho a elegir conscientemente lo que se hace con su cuerpo, los padres deben elegir conscientemente lo que se hace con su hijo».

Para saber más:

---

### Artículos:

- «El método canguro de tener al bebé.» Nils Bergman. Sextas Jornadas Internacionales sobre Lactancia, París, marzo 2005. [www.kangaroomothercare.com](http://www.kangaroomothercare.com). En Español: [www.partonatural.net](http://www.partonatural.net)
- «El derecho de la madre a amamantar al niño prematuro.» Josefa Aguayo, neonatóloga. Ponencia. II Simposio Internacional de Lactancia Materna organizado por la Liga de la Leche de Euskadi. Bilbao, noviembre 2005.
- «El vínculo en prematuros.» Ibone Olza, psiquiatra infantil. [www.elpartoesnuestro.org/elparto/prematuros/prematuros.html](http://www.elpartoesnuestro.org/elparto/prematuros/prematuros.html)
- «UCI neonatal, su primer hogar.» Ibone Olza, psiquiatra infantil. [www.elpartoesnuestro.org/elparto/prematuros/prematuros.html](http://www.elpartoesnuestro.org/elparto/prematuros/prematuros.html)
- «Método madre canguro. Guía práctica.» OMS. [www.who.int/reproductive-health/publications/es/kmc/text\\_es.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/kmc/text_es.pdf)
- «El Programa “Madre Canguro”: una técnica colombiana de cuidado ambulatorio del niño prematuro y/o de bajo peso al nacer (< 2.000g).» Nathalie Charpak, pediatra, directora de la Fundación Canguro; Zita Figueroa, neonatóloga, coordinadora del programa Madre Canguro Integral. Red Internacional de Cuidados Madre Canguro. [www.kangaroo.javeriana.edu.co/cangesp1.htm](http://www.kangaroo.javeriana.edu.co/cangesp1.htm)
- «Primera hora tras el nacimiento.» Michel Odent. Primal Health Research Centre. [www.partonatural.net](http://www.partonatural.net)

«El nacimiento y los orígenes de la violencia.» Michel Odent. Primal Health Research Centre. [www.partonatural.net](http://www.partonatural.net)

### **Libros:**

*Bebés canguro.* Natalie Charpak. Gedisa. 2006.

*Antes de tiempo, nacer muy pequeño.* Carmen R. Pallás, Javier de la Cruz. [www.exlibrisediciones.com](http://www.exlibrisediciones.com)

*La santé primale.* Michel Odent. Payot. París, 1986.

*El apego, la separación, la pérdida.* (3 tomos) John Bowlby. Paridós.

### **Webs:**

Campaña ¡Que no os Separen! [www.quenoosseparen.info](http://www.quenoosseparen.info)

Red Internacional de Cuidados Madre Canguro. [www.kangaroo.javeriana.edu.co/cangesp1.htm](http://www.kangaroo.javeriana.edu.co/cangesp1.htm)

Kangaroo mother care. [www.kangaroomothercare.com](http://www.kangaroomothercare.com).

Mother baby behavioural sleep laboratory. James J. McKenna. [www.nd.edu/~jmckenn1/lab/](http://www.nd.edu/~jmckenn1/lab/)



## Parto hospitalario, parto en casa

En esta era tecnológica en la que hasta los triciclos tienen motor, es una creencia extendida que para parir hay que hacer muchas cosas y tener a mano muchos «adelantos técnicos». Como si la naturaleza no hubiera previsto que después de concebir y gestar un bebé, hay que parirlo. Según este paradigma, la idea de dar a luz en casa parece retrógrada y peligrosa, mientras que parir en el hospital se presenta como el *súmmum* de la seguridad. Efectivamente, el hospital es el sitio más seguro para ese escaso porcentaje (no más del 10 por ciento, según la OMS) de partos que se complican y pueden requerir alguna intervención técnica. Para el resto, las cosas no están tan claras. Incluso la OMS incluye entre las prácticas «que deberían ser abandonadas» el «insistir en el confinamiento institucional universal».

Después de una primera experiencia hospitalaria, cada vez más parejas son conscientes de que dar a luz en un hospital, tal y como están las cosas actualmente, lejos de ser la opción más segura, supone asumir ciertos riesgos y exponerse a intervenciones sobre las que no se tiene ningún control. En el hospital, todos los medios están a mano —¡qué duda cabe!— pero también la perspectiva de ser sometida a prácticas de rutinas capaces de crear más riesgos de los que se supone que previenen o resuelven.

Así las cosas, es una creencia extendida que las mujeres que dan a luz en casa lo hacen porque son *hippies*, progres, naturistas o seres pertenecientes a las más variadas tribus no precisamente urbanas. Pero no. Entre las que dan a luz en casa, se pueden encontrar apasionadas de lo «alternativo» y lo «natural», pero también mujeres absolutamente normales:

abogadas, profesoras de universidad, administrativas, catedráticas de instituto, comerciantes, arquitectas, funcionarias, en suma, mujeres de todo tipo y origen social, que simplemente se han informado bien, han reflexionado y toman decisiones conscientes y maduras.

Hay incluso profesionales sanitarias que deciden parir en casa, precisamente porque conocen el funcionamiento de los hospitales. Roser Gallardo, comadrona mallorquina, decidió tener a su tercer bebé en casa, viviendo una experiencia que cambió para siempre su forma de trabajar y de enseñar.

### **Máster en trece horas de atención al parto y nacimiento**

(o el día en que profesionalmente aprendí más)

A mis cuarenta años y con toda la sabiduría que nos da la vida, decidí parir a mi tercer hijo en casa. Respetaba los partos en casa pero nunca me había parecido la opción que yo elegiría, supongo que influida por mi formación (comadrona).

No recuerdo cómo surgió la idea, pero sí cómo se fue incrementando. Diez años antes, se me había extirpado la glándula tiroidea por un carcinoma papilar; de propina se llevaron la paratiroidea. Esto significa que debo tomar tratamiento hormonal sustitutorio. Empecé a pensar en las pruebas a las que, sin necesitarlas, sería sometido mi hijo.

Al cabo de unos meses, se me diagnosticó una diabetes gestacional por dos controles ligeramente alterados; aquí sí que lo tuve clarísimo. Conocía los protocolos hospitalarios de atención al recién nacido de madre diabética y, sumándole lo dicho anteriormente, no podía soportar la idea de que mi bebé fuese acribillado a pinchazos sin ninguna necesidad, únicamente por el protocolo del «si acaso». Ahora bien, todos mis controles eran normales; por tanto, no podía influirle en nada. Tengo que agradecer al endocrinólogo que me visitaba su respeto y apoyo a mi decisión.

Esta decisión, en un principio, no fue aceptada por mi pareja. Estaba convencido (como la mayoría de la gente) de que el lugar adecuado para parir era el hospital y, por supuesto, asistida por un médico, ¡que son los que más saben! Conseguir que mi pareja

comprendiera que me quedaba en casa para proteger a mi bebé resultó un trabajo duro y todavía más el que comprendiera que la experta en partos normales era yo misma. Primero, porque cuando nací, ya sabía parir. Segundo, porque ya había parido dos veces y tercero, porque además soy comadrona. Como toda persona inteligente, acabó por entenderlo y una vez nacido mi hijo, reconoció que la experiencia era la más gratificante y espectacular que había vivido.

Alucinaba con la posibilidad de poder estar rodeada de mis hijos, mis padres y mi pareja.

El parto duró trece horas, una más que los dos partos anteriores, y seguramente hubiese podido ser más rápido. No tenía prisa, me gustaba y me recreaba en ello, ¡era el último!

Profesionalmente me acompañó un comadrón, que era el único que asistía partos en aquel momento, y una compañera que me había pedido asistir. Con dicha compañera, poco más tarde fundamos Deu Llunes (diez lunas), es decir, comadronas que asistimos partos a domicilio.

Estas maravillosas horas me enseñaron:

- La importancia del espacio físico. Mi dormitorio se convirtió en mi nido, la puerta estaba cerrada, solamente entraban las personas que yo quería y cuando yo quería. La ventana estaba abierta, me gustaba ver la luz del día y a mis perros, que no se separaron de ella en ningún momento. Las sonatas para piano (K. 283, 331, 332 y 333) de Mozart no dejaron de sonar en ocho horas, el volumen era alto, me encanta sentir vibrar las teclas del piano. Recuerdo que una persona me insinuó que la música estaba muy alta y le pedí que dejase la habitación si le molestaba.
- Que hay que tener preparado todo lo que deseemos, aunque no quiere decir que vayamos a utilizarlo. Durante el embarazo, siempre pensé que pariría en el agua, me apasiona el agua. Al final, solamente una ducha con finalidad higiénica, no soportaba estar mojada.
- Que no hay que tener prisa. No sabía que se podía parir con una contracción uterina cada diez minutos, que

lo importante es la intensidad y la duración de las contracciones más que su frecuencia. En el hospital, si no se conseguía «una buena dinámica» (tres contracciones en diez minutos), se estimulaba con oxitocina porque «con esta dinámica no vamos a ningún sitio».

- Que el periné necesita su tiempo para distenderse; si el bebé no salía en «dos contracciones», se practicaba una episiotomía (tengo dos de mis partos anteriores).
- Que se debe adoptar la posición que se desee. Cambiando espontáneamente de posición descubrí de qué manera me resultaba todo más agradable. La posición en cuclillas casi rozando el suelo con los glúteos y agarrada con las manos a una barra de la cama fue un gran descubrimiento. En el momento del nacimiento, estaba sentada en una banqueta de partos y mi pareja me sujetaba la espalda.
- Que no pasa nada si el bebé se toma un tiempo para empezar a llorar (a algunos no les apetece). Yo misma corté el cordón umbilical cuando acabó de latir. Desde entonces me encanta observar cómo los bebés son capaces de expulsar las secreciones, cómo van cambiando de color, empiezan a llorar, etc.
- Que la placenta puede tardar un poco más de media hora en desprenderse. Tardó cuarenta minutos; en el hospital, a los treinta minutos, se hace una extracción manual con anestesia.
- Que en solamente diez minutos el bebé ya estaba cogido a la teta; los dos anteriores fueron llevados a ni-dos unas seis horas. Afortunadamente, hoy en día, en todos nuestros hospitales públicos, es posible poner al bebé en la teta desde el primer momento. No así en los privados, ya que siguen separando a los bebés de las madres durante unas horas.
- Experimenté la importancia del colecho. El primer día durmió en nuestra cama toda la noche y así lo hicimos siempre que quiso. Nunca tuvimos problemas por falta de sueño, descansábamos muy bien y supo «independizarse» e irse a su cama sin ningún problema.



Conocía bastante bibliografía sobre parto natural y sobre otro tipo de atención al parto y nacimiento, *pero nunca lo había experimentado, simplemente porque nunca había dejado que ocurriese*. La experiencia vivida es tan explosiva que solamente las mujeres que han parido en hospital y en casa pueden entender la importancia de ello.

El parto y el nacimiento fueron filmados a petición mía, con la intención de que pudiera ser útil a los grupos de preparación al parto. No sabía que se convertiría en mi gran enciclopedia de atención al parto y nacimiento; casi ocho años después, todavía sigo descubriendo y aprendiendo algo nuevo cada vez que lo veo.

Nunca había escrito nada sobre el nacimiento de Pere Arnau (mi tercer hijo). Siempre he sido consciente de la transformación profesional, pero nunca hasta ahora había realizado una lectura tan profunda y emocionante. No pensaba tener más hijos, no busqué este embarazo (al menos conscientemente), pero sí fue muy bien recibido y fui muy feliz, como en los dos anteriores. Me parece un estado ideal que acaba demasiado pronto.

Tengo que agradecer a Pere Arnau el haber decidido venir a este mundo. De no haber sido así, probablemente no existirían, entre otros:

- Deu Llunes (grupo de comadronas que asistimos partos y nacimientos en casa). Fue creado al poco tiempo de su nacimiento, tenía que contribuir de alguna manera, no podía consentir que las mujeres y los bebés se perdiesen semejante oportunidad por falta de atención profesional.
- Naixença, asociación que defiende el derecho a un parto y nacimiento natural y más respetuoso. La fundamos, dos años más tarde, una madre indignada por la atención recibida en sus partos (Coloma) y otra con mucho que contar y reivindicar (yo misma).
- «Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud» incluidas en la Ley de Salud Balear. Gracias a las gestiones realizadas en el ámbito político por la asociación Naixença y al apoyo conseguido por la Associació Néixer i Créixer (desarrollo integral de la infancia) y por ABAM (Associació Balear Lactància Materna).

- Mi especial convencimiento, que hace posible, entre otras cosas, que ahora esté trabajando el tema desde mi tesis doctoral.

Por todo ello y por mucho más, gracias, Pere Arnau.

ROSER GALLARDO, comadrona

Parir en casa es un fenómeno sociológico en aumento. Algunas mujeres lo tienen claro desde el principio y deciden parir en casa a su primer bebé; otras optan por esta posibilidad tras sufrir una primera experiencia en el hospital que no desean repetir. Pero en todos los casos, parir en casa supone cambiar la idea del nacimiento como acto médico y recuperarlo como lo que es: un acontecimiento familiar, un acto de amor, natural e íntimo.

Dar a luz en casa permite, entre otras cosas, dar rienda suelta al instinto de nidificación. Es sabido que las hembras mamíferas necesitan poner a punto su nido antes de traer al mundo a su prole. De todas las opciones posibles, parir en casa es la que más se adecua a la necesidad de intimidad de la parturienta, de encontrarse en un entorno acogedor rodeada de personas elegidas, en total libertad y desinhibición. Es también un modo de asegurarse de que el bebé tendrá un parto suave y la bienvenida que se merece. Otras mujeres, sin embargo, únicamente se encuentran seguras para dar a luz si lo hacen en un hospital, cerca de todos los recursos tecnológicos para hacer frente a imprevistos. En ese caso, la seguridad que ofrece el hospital se hace inestimable para ella. Para las mujeres con embarazos de alto riesgo, o en los que se prevé alguna complicación, no se plantea más opción que el hospital.

## La seguridad del parto en casa

Pero consideraciones sobre la intimidad aparte, a la hora de tomar la decisión de dar a luz en casa, la primera cuestión que se plantea es: ¿Es realmente seguro el parto en casa?

En un trabajo recientemente publicado por el *British Medical Journal*, se evaluaron los resultados de 5.000 partos domiciliarios en Canadá y Estados Unidos. Se trataba de partos planificados en casa, atendidos por comadronas tituladas. Las cifras no dejan lugar a dudas: el 87 por ciento no tuvo ninguna complicación. La tasa de episiotomías fue de un 2,1 por ciento, frente a un 33 en el hospital. La tasa de traslados al hospital con resultado de cesárea fue del 3,7 por ciento. En el hospital, la tasa de cesáreas en partos de bajo riesgo fue del 19 por ciento. En cuanto al grado de satisfacción con la experiencia, un 97 por ciento de las que parieron en su casa se mostró muy satisfecha o extremadamente satisfecha con los cuidados recibidos por los profesionales. La tasa de mujeres que a las seis semanas continuaba con la lactancia materna fue del 95,8 por ciento, el 89,7 por ciento en exclusiva. El estudio añadía que el coste de un parto atendido en hospital es tres veces superior a uno atendido en casa.

En 1990, Marjorie Tew publicó un libro titulado *¿Maternidad más segura?*, en el que recogía los resultados de la investigación durante muchos años de evolución de las tasas de mortalidad perinatal en Europa, en relación con los patrones de hospitalización del parto. Tew descubrió que el traslado de casa al hospital no fue seguido de una disminución de la mortalidad, sino de un aumento. Entre 1958 y 1970, excluyendo los casos de alto riesgo, la mortalidad perinatal en el hospital era de 17,2 por cada 1.000 nacimientos y de 6,0 por cada 1.000 partos en casa. Por lo que se refiere a los partos de riesgo, Tew quedó sorprendida de comprobar que los resultados de los partos en casa seguían siendo mejores que en el hospital.

La conclusión fue que si bien la tecnología puede salvar las vidas de algunas mujeres y bebés, en otros casos puede incrementar el riesgo. «El parto en casa es tan seguro como el parto en hospital para mujeres de bajo riesgo. Es más, en el hospital las mujeres de bajo riesgo pueden tener más complicaciones durante y después del parto», concluye la Doctora Tew.

Los resultados arrojados por este estudio corroboran, aunque mejorados, los de estudios realizados con anterioridad.

En 1976, se llevó a cabo en Estados Unidos el estudio MEHL, comparándose los resultados de 1.046 partos domiciliarios con otros tantos hospitalarios. La mortalidad perinatal, tanto materna como fetal, fue la misma en ambos grupos. De los 1.046 partos domiciliarios, en ciento trece casos se trasladó a la madre y/o al niño al hospital antes, durante o después del parto para resolver complicaciones. Es decir, en un 11 por ciento de los casos.

En el hospital, se utilizó mucha más oxitocina, tanto durante como después del parto. Esto contribuyó a disminuir la duración de los partos hospitalarios en relación con los domiciliarios. El uso de fórceps fue veinte veces más frecuente en los partos hospitalarios, debido a que en el hospital el fórceps se introducía de forma automática tras una fase de expulsión que durara una hora, lo que no ocurría en los partos domiciliarios. Los dieciséis casos en los que se utilizaron fórceps en los partos domiciliarios fue tras el traslado al hospital.

La cantidad de episiotomías practicadas fue ocho veces mayor en el hospital que en el grupo domiciliario. Aunque dichas episiotomías se practicaron para evitar posibles desgarros, en el hospital se dieron cuatro veces más desgarros de tercer grado, siete veces más de cuarto grado y tres veces más desgarros cervicales que en el grupo domiciliario. Entre las causas de los desgarros figuraban, además de la episiotomía, la postura de parto materna y una mayor velocidad de la fase expulsiva en los partos hospitalarios, debido a la administración de oxitocina sintética.

El uso de analgesias y anestesias en los partos domiciliarios fue casi nulo, incluso en mujeres trasladadas al hospital en el transcurso del parto. Las mujeres que dieron a luz en el hospital recibieron anestesia en el 90 por ciento de los casos.

El grupo hospitalario registró más casos de sufrimiento fetal, tensión arterial elevada, meconio en el líquido amniótico y distocias de hombros, así como más casos de hemorragias posparto. Los bebés nacidos en el hospital sufrieron veinticuatro veces más lesiones de parto que los nacidos en casa (rotura de clavícula, lesiones craneales y hematomas) y un mayor número de infecciones neonatales. También regis-

traron más casos que precisaron de reanimación posnatal y aplicación de oxígeno, además de obtener peores resultados en los tests de Apgar.

La doctora María Fuentes, autora de *Mujeres y salud desde el sur*, en relación con el citado estudio, afirma: «La mayor parte de los procedimientos supuestamente utilizados por seguridad se muestran como creadores de riesgo. El uso innecesario de tales procedimientos podría tener su explicación en que el ambiente hospitalario altera las percepciones de los asistentes al parto, de manera que lo normal se percibe como patológico».

Incluso en caso de complicación, la mejor opción puede no ser necesariamente la del hospital, donde se impone a la parturienta prácticas innecesarias y nocivas. Por ejemplo, en el caso de la distocia de hombros —cuando un hombro del bebé queda atascado en el canal del parto—, las comadronas que atienden partos en casa saben que esta complicación a menudo se resuelve por el simple procedimiento de que la mujer se ponga a cuatro patas. Pero ese no es el único caso.

«Están teñidas», dijo la comadrona. Volvimos a escuchar el corazón de Leila y me di perfecta cuenta de que los latidos eran muy lentos. Pero ya no podía ponerme nerviosa, ni asustarme, ni ir al hospital, solamente continuar el trabajo del parto, sabía que llegaba el momento. El instinto me hizo ponerme a cuatro patas, con lo que la frecuencia cardíaca mejoró enseguida. Un empujón más y salió la cabecita. Solamente con la cabeza fuera, ya dio un grito. Fernando dice que es el momento más extraordinario que ha vivido. Carmen le aspiró la boca para que no tragara líquido. Otro empujón y el bebe giró y salió completamente.

Dios, ya está. «Son las dos y dieciséis», dijo Carmen. Me la puso sobre el vientre, toda preciosa, pequeña y pringosita. ¡Qué emoción! Mi pequeña, mi nena, ya está, está bien, está perfecta, no le pasa nada... Las niñas entraron en ese momento y se sentaron a nuestro lado. Cuando el cordón dejó de latir, lo cortó su padre. Al rato salió la placenta, suavemente.

Me la puse en el pecho y me maravilló ver cómo funciona el instinto de succión, enseguida se agarró y chupó con fuerza.

Al cabo de un rato, Carmen la examinó y le hizo el test de Apgar, que dio 9/10. No le pusimos colirio, ni vitamina K ni, por supuesto, la vacuna de la hepatitis B. Tampoco le pinchamos el talón hasta una semana más tarde. Nunca sabré con exactitud lo que pesó al nacer porque a Carmen se le olvidó el peso, pero a ojo me dijo que unos 3 kilos.

Me di una ducha mientras cambiaban la cama y nos metimos de nuevo Fernando, la pequeña Leila y yo. Nos dejaron solos. No quería vestirla todavía. Pensaba que llevaba nueve meses desnuda en mi barriga y me parecía como una profanación cubrirla de ropa.

Pasamos la tarde los tres juntos y abrazados, viendo cómo se ponía el sol, la luz iba cambiando, llegaba la noche...sintiéndonos totalmente felices y maravillados por lo que acabábamos de vivir, por lo que todavía estaba ocurriendo y lo que nos quedaba por vivir...

INMA GRASS

No se ha podido probar científicamente que parir en el hospital sea más seguro que parir en casa para una mujer cuyo embarazo haya sido normal. Los estudios demuestran que las tasas de mortalidad y morbilidad son similares o mejores que las de los hospitales, con un índice de intervenciones significativamente menor. Eso a pesar de que la evaluación de los partos en casa puede registrar errores debido a que parte de los nacimientos en casa no son planificados, sino simplemente prematuros, lo que aumenta la tasa de mortalidad y morbilidad. Por tanto, a la hora de evaluar los resultados de salud materno-infantil en los partos domiciliarios, conviene precisar que se trata de partos planificados.

En la actualidad, el índice de partos domiciliarios en la mayoría de los países europeos (Alemania, Dinamarca, Suecia, etc.) se encuentra entre el 1 y el 10 por ciento. Mención aparte merece el caso de Holanda, que nunca abolió totalmente el nacimiento domiciliario —que asciende al 30 por ciento de los casos—. En la mayoría de estos países, la asistencia domiciliaria de la comadrona o el médico es costeada por la

Seguridad Social. En España, en cambio, la mujer que cotiza a la Seguridad Social pero decide parir en casa o en una casa de partos paga su asistencia dos veces.

En todos estos países que asumen el parto en casa como una opción válida, se concede una gran importancia a la preparación de la madre y de su pareja durante el parto, así como a la formación humana del personal asistente; se diagnostican los embarazos de riesgo para los que el parto en casa queda descartado y se cuida la coordinación y colaboración entre el personal asistente domiciliario y el del hospital, para que favorezca el desarrollo de los acontecimientos en caso de traslado al hospital.

En España, la asistencia al parto en casa ha sido cubierta en su mayoría por comadronas y comadrones pertenecientes a la asociación Nacer en Casa, constituida en el año 1988 para dar respuesta a esta demanda.

## Casas de partos

En muchos países, existe también una opción intermedia entre el parto en casa y el parto en hospital, en buena medida debido a que muchas viviendas no reúnen las condiciones idóneas para un parto agradable (pequeñas, ruidosas...) y a las ventajas que para muchas mujeres supone esta otra opción. Son las «casas de partos», habitualmente localizadas en las proximidades de un hospital. Además de un lugar donde parir en libertad, las casas de partos constituyen un espacio de encuentro entre mujeres y parejas en la misma fase de la vida, del que surgen grupos de apoyo a la lactancia y a la crianza que después resultan de una gran utilidad a las familias. En España, la más conocida es la casa de partos Migjorn, situada en las proximidades de Barcelona.

## Qué dice la OMS:

---

En su protocolo de atención al parto normal, la OMS incluye entre las prácticas «que deberían ser abandonadas», el «insistir en el confinamiento institucional universal».

## Para saber más:

---

### Artículos:

«Parir en casa, una opción segura.» Asociación El Parto es Nuestro. [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org)

«Mortalidad materna. La maternidad segura se encuentra en el protagonismo de las mujeres mismas.» Marie Lynne Tyndall. [www.midwiferytoday.com/articles/mortasp.asp](http://www.midwiferytoday.com/articles/mortasp.asp)

«Cómo se asiste un parto en casa.» Consuelo Ruiz Vélez-Frías. [www.partonatural.net](http://www.partonatural.net)

«Naître en enfer, le mythe de la sécurité de l'accouchement à l'hôpital.» [www.midwiferytoday.com/articles/intofirefr.asp](http://www.midwiferytoday.com/articles/intofirefr.asp)

«El parto natural hace más seguro el parto hospitalario.» Enrique Lebrero. [www.acuario.org](http://www.acuario.org)

«Historias de partos en hospital y en casa.» [www.partonatural.net](http://www.partonatural.net), [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org), [www.migjorn.net](http://www.migjorn.net), [www.acuario.org](http://www.acuario.org), [www.dandoaluz.org.ar](http://www.dandoaluz.org.ar)

«Ventajas de un parto en casa en caso de complicación.» Naolí Vinaver. *Ob Stare* n.º 5, verano 2002.



«Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America.» Kenneth C. Johnson, Betty-Anne Davis. [www.bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/330/7505/1416](http://www.bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/330/7505/1416)

«Parar la matanza de las mujeres: desangrarse hasta morir.» Michel Odent. Primal Health Research Centre.

### **Libros:**

*Nacer en casa.* Sheila Kitzinger. Interamericana.

*Mujeres y salud desde el sur.* María Fuentes. Icaria Milenrama. Barcelona, 2005.

*Parto seguro.* Beatrijs Smulders y Mariël Croon. Medici.

*El placer de parir.* Asociación Nacer en Casa. [www.nacerencasa.org](http://www.nacerencasa.org)

*Safer Childbirth? A critical history of maternity care.* Marjorie Tew. Free Association Books, 1998.

### **Webs:**

Asociación Nacer en Casa. [www.nacerencasa.org](http://www.nacerencasa.org)

Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento. [www.relacahupan.org](http://www.relacahupan.org)





## La lactancia materna

La lactancia juega un papel muy importante en el establecimiento del vínculo madre-hijo. El momento más apropiado para iniciar la lactancia es, sencillamente, cuanto antes. Cuando la mamá tiene en brazos al bebé después de su nacimiento, este suele encontrar el pezón en la primera hora, especialmente cuando el parto se ha producido sin ningún tipo de interferencia y el bebé nace bien alerta.

Según se ha podido comprobar, el establecimiento temprano del vínculo madre-hijo a través del contacto permanente y la lactancia precoz es uno de los factores que más favorecen el éxito de la lactancia. Esta es, a su vez, una gran tejedora del vínculo. Con cada toma, la madre segrega oxitocina, prolactina y endorfinas, que ingiere el bebé, y que a su vez nutren y renuevan el lazo amoroso que los une.

Las madres que comienzan la lactancia inmediatamente tras el parto son también las que la continúan durante más tiempo, mientras que las que la comienzan horas o días después, la abandonan y sustituyen por la lactancia artificial mucho más tempranamente, debido a las dificultades que encuentran.

La galactogénesis (la secreción de leche) no solamente se favorece por el establecimiento precoz de la lactancia, sino también por la frecuencia de las tomas. En su libro *Maternidad y lactancia*, la doctora Gro Nylander explica por qué a mediados del siglo pasado la lactancia materna casi llegó a su desaparición. Eso se debió no solamente a la presión de las casas comerciales o la creencia en la superioridad de la leche de vaca —algo posteriormente desmentido por la evidencia científica—. El principal motivo fue el traslado de los partos

de casa al hospital, donde los bebés eran separados de sus madres y enviados al nido durante toda la estancia. Las tomas eran reguladas por prescripción facultativa, cada tres o cuatro horas, diez minutos en cada pecho. Dado que la producción de leche es estimulada por la demanda del bebé, ante tan escasa demanda, la oferta no se ponía en marcha. Las madres fracasaron en masa y apareció un síndrome poco conocido hasta entonces: «no tener leche suficiente».

Por otra parte, cada día resulta más evidente la estrecha relación existente entre parto y lactancia. Las hormonas que la madre segrega durante el parto y el nacimiento —oxitocina, prolactina— juegan un papel importante también en el inicio de la lactancia. Las mujeres que dan a luz por parto natural, no interferido de ninguna forma, y que disponen de intimidad para estar en contacto con su bebé piel con piel desde el principio, establecen y mantienen la lactancia tanto tiempo como desean con mayor facilidad. Las mujeres cuyo equilibrio hormonal se ha alterado durante el parto pueden tener más dificultades para establecerla. Las mujeres que han sufrido una cesárea sin inicio de parto, que además son separadas de sus bebés al nacer e inician la lactancia en pleno posoperatorio, pueden experimentar todavía más dificultades. Pero eso no quiere decir que no sea posible. Con paciencia, mucho contacto piel con piel, y lactancia a demanda, las madres que han sufrido una cesárea pueden recuperar el tiempo perdido y, al cabo de unos días o semanas, tener tanta producción de leche como una madre que ha dado a luz de forma fisiológica.

**Mamar = mamá + amar**

Dar de mamar al bebé según un horario impuesto es otra forma más de enmendar la plana a la naturaleza y de paso al bebé. Afortunadamente, cada vez más madres y pediatras son conscientes de los beneficios de dejar en manos del bebé la autorregulación de su lactancia. No satisfacer las necesidades alimenticias y afectivas es causa de sufrimiento, alarma biológica y desamparo, tanto mayor cuanto más pequeño es el

bebé. Desatender su demanda de alimento puede ser una importante causa de frustración y ansiedad, y contribuir además al desarrollo de una personalidad ansiosa y adictiva. Recordemos que las adicciones «legales» —tabaco, alcohol, comida— son orales.

El alimento que el niño recibe del pecho de su madre no es únicamente biológico. Dar de mamar no es solamente dar de comer, también es dar amor. La actitud y la atención con que se hace es importante. Wilhelm Reich advertía: «Atención a mirar al bebé al amamantarlo: el bebé bebe de la madre con la boca y los ojos. Absorbe sensaciones y energía».

Por ello, la psicóloga reichiana Maite Pinuaga recomienda siempre:

Coger al niño en el instante en que él lo pide y no esperar a que el reloj nos marque el momento de ofrecerle el pecho, el paseo, etc. Durante los primeros días, las primeras semanas, la demanda de contacto energético por parte del recién nacido puede ser casi constante, por lo cual es importante que la madre se sienta dispuesta a llevar a cabo esta, a veces, difícil labor, y es recomendable, por tanto, que duerma con ella en la cama sintiéndose no separado de ella, y succionando el seno siempre y cuando lo necesite; por todo ello, es de fundamental importancia que la madre durante este período no realice prácticamente otra actividad que la atención a su hijo y el descanso; basándose en eso, puede decirse que lo deseable sería que durante este período ella se hiciera a la marcha del bebé, en lugar de forzar al bebé a la marcha del adulto.

Cada vez más expertos señalan como causa de dificultades en la lactancia el hecho de que el bebé duerma solo en su cuna. Esta es una costumbre adoptada por la sociedad occidental en los últimos tres siglos. Anteriormente, y todavía en muchas partes del mundo, el bebé dormía con su madre o sus padres durante los primeros meses y años. Dar el pecho por la noche en esas condiciones no solamente es mas fácil sino también mas cómodo, ya que no es preciso levantarse o siquiera despertarse totalmente. El niño encuentra fácilmente

el pezón con su olfato. Niños y madres duermen más placidamente. Para Odent, dormir solo en su cuna es una de las situaciones más angustiosas para el bebé y generadora de «desamparo aprendido». En estas condiciones, los bebés lloran más porque sufren más. Si el bebé tiene necesidad de contacto durante el día, por la noche la necesidad es mayor. El niño que se despierta en la oscuridad y se encuentra solo se asusta. La oscuridad incrementa su necesidad de mantener un contacto a través de los sentidos: el olfato, el oído, el tacto.

James McKenna, creador del *Mother-Baby Behavioral Sleep Lab*, ha tenido la oportunidad de comprobar los efectos biológicos que sobre el bebé produce el hecho de dormir solo o acompañado, sirviéndose para ello de sofisticados aparatos que cuiden la curva de las ondas cerebrales, el ritmo respiratorio y otros parámetros, tanto en el bebé como en su madre, cuando duermen juntos. Y las conclusiones dan la razón a los niños: dormir en compañía es beneficioso porque ambos —madre y bebé— sincronizan su curva de actividad cerebral y los ritmos de sueño y despertar, al tiempo que favorece una mejor estabilidad cardio-respiratoria, una mejor oxigenación y una más eficaz termorregulación en los bebés, todo ello sin contar con el efecto favorecedor de la lactancia materna.

## Lactancia materna y salud

La Asociación Española de Pediatría (AEPED) apoya sin ambages la lactancia materna porque favorece la salud y previene numerosas enfermedades. Según afirma en sus recomendaciones: «El vínculo afectivo que se establece entre una madre y su bebé amamantado constituye una experiencia especial, singular e intensa. Existen sólidas bases científicas que demuestran que la lactancia materna es beneficiosa para el niño, para la madre y para la sociedad, en todos los países del mundo, y además favorece el desarrollo intelectual». Desde el punto de vista sanitario: «La leche materna protege al niño frente a muchas enfermedades como catarros, bronquiolitis, neumonía, diarreas, otitis, meningitis, infecciones de orina, en-

terocolitis necrotizante o síndrome de muerte súbita del lactante, pero también de enfermedades futuras como asma, alergia, obesidad, enfermedades inmunitarias como la diabetes, la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa y arterioesclerosis o infarto de miocardio en la edad adulta».

En los países del Tercer Mundo, la introducción de la lactancia artificial ha sido y es una de las principales causas de mortalidad infantil. Frecuentemente introducida en las maternidades en forma de muestra gratuita, la leche de fórmula se hace económicamente insostenible en poco tiempo, lo que hace que las tomas se vayan preparando cada vez más diluidas. Por otra parte, la preparación del biberón exige unas mínimas condiciones higiénicas y de disponibilidad de agua potable, lo que no siempre es posible.

### *Breast is best*

La cuestión ya no es demostrar que *breast is best*: todo el mundo lo sabe. A pesar de lo cual, las tasas de lactancia materna continúan siendo bajas. Según el Ministerio de Sanidad, en el año 2003, solamente el 61 por ciento de las madres había dado el pecho durante las primeras seis semanas, de las cuales sólo el 23 por ciento había continuado hasta los seis meses. Unas cifras que demuestran que, a pesar de todo, amamantar no está de moda. ¿Son las madres de ahora diferentes o qué es lo que ocurre?

Todo parece indicar que, soterrados bajo la etiqueta de «es mejor», permanecen acendrados prejuicios culturales en contra, y para muestra, un botón: en las últimas elecciones europeas, el Gobierno británico obligó a retirar de un anuncio televisivo una escena que mostraba a una mujer dando el pecho a su bebé, por «obscena».

A pesar de los numerosos argumentos a favor y de su deseo de lactar a sus bebés, la realidad es que muchas madres experimentan dificultades para establecer una lactancia exitosa. Lo que nos lleva a pensar que quizá la cuestión no sea convencerles de lo bueno que es, sino detectar cuáles son

las dificultades a las que se enfrentan. Dicho de otro modo: ¿cuáles son los «factores disuasorios» que encuentran las madres para amamantar a sus bebés?

## El posparto

Además de las dificultades inherentes al parto medicalizado, a menudo se dan otro tipo de circunstancias disuasorias ya en el hospital. Elena y Rocío se conocieron en los cursos de preparación al parto. Las dos parieron casi al mismo tiempo en el mismo hospital de Madrid, donde era costumbre llevar al bebé al nido durante cuatro horas después del nacimiento y seis horas por la noche. Ambas se sintieron culpables por no haber resistido la presión y haber permitido que se los llevaran. Los problemas de Elena comenzaron casi al principio:

Como mi hijo no aumentaba de peso, le llevé al pediatra. Tenía veinte días. El médico me dijo que le diera un biberón, a ver qué pasaba. Se lo dí y tuvo una reacción alérgica a la proteína de leche de vaca. El pediatra me explicó que la reacción se produce cuando ya ha habido una sensibilización previa, lo que demuestra que en el nido le dieron uno o varios biberones sin ni siquiera informarme. Esto me ha obligado a eliminar todos los productos lácteos de mi propia dieta, para evitar que las proteínas pasen a la leche.

Su amiga Rocío dio a luz un mes más tarde y también tuvo dificultades:

Mi niña toma mi leche, pero no del pecho: tengo que extraérmela y dársela con biberón. Tiene una confusión de pezón porque se ha acostumbrado a la tetina del biberón. Y es que en el nido, por las noches, le dieron biberones aunque yo advertí que quería darle el pecho.

Lo que acontece en el período de internamiento en la maternidad condiciona de tal modo la lactancia que la OMS y



la UNICEF crearon en 1989 el distintivo «hospital amigo de los niños», que se concede a los centros que respetan sus «10 pasos hacia una lactancia natural feliz», entre otros: iniciar la lactancia tan pronto como sea posible, en la primera hora tras el nacimiento; mantener al bebé con su madre las veinticuatro horas; lactar a demanda, sin límites ni horarios; evitar biberones y chupetes, asesorar a las madres en lo que necesiten, disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural y formar a los profesionales sanitarios para que la pongan en práctica.

## La cultura del biberón

Casos como los de Ester y Rocío no son raros y demuestran lo arraigada que está todavía la cultura del biberón. En la misma línea cultural, están las instrucciones que reciben muchas madres, como poner al bebé al pecho cada tres horas y un número determinado de minutos, algo que todas las monitoras de lactancia señalan como causa frecuente de fracaso de esta. La leche materna se digiere más rápidamente que la de fórmula y, además, al principio el bebé necesita mamar más a menudo, lo que a su vez favorece la producción de leche. Si se limita la duración de las tomas, el bebé no aprovecha la leche del final, que es más grasa y sacia por más tiempo. Esto hará que vuelva a tener hambre enseguida y la madre se inquietará pensando que no tiene leche suficiente. Si el problema se resuelve a base de biberones de complemento, la demanda del bebé se reduce y con ella la producción de leche.

Esta cultura del biberón se puede manifestar en cualquier momento, incluso en las revisiones posteriores, cuando a madres en lactancia materna se les recomienda, por ejemplo, añadir cereales al biberón demasiado pronto. La OMS y la UNICEF recomiendan lactancia exclusiva hasta los seis meses, pero muchas mujeres todavía se encuentran con indicaciones de su pediatra de introducir otros alimentos antes de ese tiempo.

## El tejido social en torno a la maternidad

A veces surgen dificultades durante la lactancia que requieren asesoramiento experto. Tradicionalmente este apoyo era brindado por las madres y abuelas, veteranas en el arte de amamantar. Pero las madres y abuelas actuales, en su mayoría, no amamantaron, algunas ni siquiera mamaron, y muchas no están en condiciones de asesorar a sus hijas y nietas. Eso hace que esta cadena natural de transmisión de experiencia casi ya no exista. Como respuesta espontánea a este vacío, han ido surgiendo desde hace años los grupos de apoyo a la lactancia. Son grupos de apoyo madre a madre, constituidos por mujeres con experiencia y a veces profesionales (comadronas, pediatras) que ofrecen ayuda y asesoramiento de forma desinteresada. El primero de estos grupos nació en Chicago en 1956 —en pleno *boom* del biberón—, cuando un grupo de mujeres se unió para crear lo que hoy en día es una red mundial de promoción de la lactancia materna: la Liga de la Leche. En la actualidad, existen muchos grupos de apoyo a la lactancia materna, pertenecientes a la Liga y a otras redes, y multitud de grupos locales, tanto en España como en todo el mundo. Acudir a uno de estos grupos multiplica las posibilidades de tener una lactancia materna exitosa, motivo por el que tanto la OMS como la UNICEF lo recomiendan en sus «10 pasos». La Asociación Española de Pediatría trabaja en la misma línea, y sus congresos nacionales de lactancia materna se celebran con la participación de representantes de grupos de toda España.

Hay que destacar el excelente trabajo llevado a cabo por estos grupos, que de una forma anónima y desinteresada realizan una función social inestimable, dedicando tiempo libre y no tan libre a ayudar a otras madres, a menudo desconocidas. Es una labor de voluntariado con unos enormes beneficios sociales, gracias a la cual estamos asistiendo a una cierta recuperación de los índices de lactancia materna, a pesar de los numerosos escollos: presión publicitaria de las casas comerciales, rutinas hospitalarias posparto que entorpecen el establecimiento de la lactancia, pautas de alimentación contradictorias en las revisiones...

Cuando parí a mi primera hija, sabía dos cosas: que la leche materna era lo mejor para ella y que era muy improbable que yo tuviera leche. Lo oía constantemente de mi madre (que según ella no tuvo) y de muchísimas mujeres de mi alrededor.

Decidí probar y, para mi sorpresa, tuve leche a mares. El problema es que me dolían una barbaridad los pezones cuando daba el pecho, desde el primer momento hasta el último. Y ahí empezó mi calvario.

Empecé a descubrir que las comadronas que me tocaron en turno, la pediatra, los ginecólogos que me atendieron... no tenían ni idea. Ni idea de lactancia. Yo tenía la intuición de que podía ser una mala posición, pero nadie sabía evaluármela. Intenté corregir mirando revistas y manuales, pero no lo conseguí. Di el pecho durante cuatro meses, llorando de dolor, mordiendo un pañuelo. Cuando veo fotos de mi hija mamando, aún me duele el cuerpo y el alma. Toda la ayuda que recibía era la maldita frase: «No te compliques: dale el biberón». ¡Biberón, Dios mío, si tenía leche para dos! ¿Y qué hacía yo sin vaciar? No conseguí que ninguna farmacia me orientara correctamente en la compra de un extractor. Me vendieron la trompetilla-bocina, es todo lo que conseguí.

Desteté a mi hija a lo bestia, porque no podía más de dolor. Estuve veinticuatro horas sin comer ni beber (mi padre es granjero y me contó que con las cerdas lo hacían así) con los pechos fuertemente vendados. Era en agosto. No puedo recordar estos episodios sin ponerme a llorar aún hoy, pasados diez años.

Al cabo de unos meses de haber pasado ese horror, esa frustración, ese desamparo, vi en televisión una tetada reivindicativa en Plaza Catalunya, en Barcelona, y supe que existían los grupos de apoyo. Di con ellos antes de quedarme embarazada por segunda vez. En mi ciudad había un grupo que estaba empezando y fui a las reuniones desde el segundo mes de embarazo.

Tuve a mi segunda hija y empecé una lactancia informada y consciente. Pero el dolor se repitió, el mismo. Vinieron las madres del grupo a la clínica a corregir la posición, me enseñaron a dar el pecho tumbada, ¡qué regalo! Gracias a ellas descubrimos que no solo era la posición en mi caso, a través de ellas contacté con el doctor Carlos González y diagnosticó «vasoespasma del pezón», un problema muy doloroso de fácil solución. Después de diez días

de medicación, solucioné el problema. A los tres días, ya conseguí alivio. Di el pecho año y medio a mi segunda hija. Disfruté bárbaro con ello, aprendí mucho y me enrolé. Soy miembro de ALLETA, Associació Lleidatana Prolactància Materna, intentamos ayudar a todas las madres que necesitan nuestra ayuda. Quiero dar lo que recibí.

Tengo clavado en el alma el fracaso de mi primera lactancia, quiero perdonar pero cuesta. La pediatra que nos atendió sabe hoy lo mismo de lactancia que hace diez años. Lo sé porque a través de la asociación conozco su proceder. Se está avanzando, pero a una lentitud que me tiene preocupada; no creo que el aprendizaje se haya generalizado para cuando mis hijas, si se da el caso, den de mamar.

M.<sup>a</sup> ÀNGELS CLARAMUNT

## Una mirada a la leche

La sustitución de la leche materna por la de vaca fue un paso más en el proceso de sustitución de la naturaleza, la madre, por diversos sucedáneos. El abandono casi total de la lactancia natural ocurrido a mediados del siglo pasado se debió a varios factores, además de las prácticas hospitalarias: el apoyo de la lactancia artificial por la comunidad científica, la incorporación de la mujer al trabajo, la disponibilidad de grandes cantidades de leche de vaca debido a la industrialización de la ganadería y la astuta intervención de la industria en busca de su oportunidad, que encontró el equívoco pero eficaz término de «maternizada» para calificar a su producto.

Pero la leche materna es un alimento vivo, personalizado y perfecto. Además de los nutrientes en una proporción adecuada para las necesidades del bebé, la leche materna contiene enzimas para facilitar su digestión y una variedad de células defensivas que la convierten en un alimento de primer orden desde el punto de vista inmunitario. La leche materna contiene inmunoglobulinas A, que tapizan la permeable y delicada mucosa intestinal del bebé, para evitar la penetración de gérmenes nocivos. Los anticuerpos de la leche, diferentes

de una madre a otra y de un bebé a otro, son personalizados. En caso de infección del bebé, la leche cambia su composición y aporta los anticuerpos necesarios para combatir esa infección. Pero además es un alimento económico, ecológico, siempre listo, que se toma recién hecho y con la más atractiva de las presentaciones.

Pero qué duda cabe que una de las preocupaciones de las madres lactantes y los pediatras es que el bebé aumente de peso de forma adecuada. Y ese es precisamente uno de los motivos por los que el biberón adquirió tanta popularidad: los niños engordaban más deprisa. No obstante, eso que en otras décadas podía ser un argumento de peso a su favor, hoy en día ya no lo es. La obesidad es un serio problema de salud, y uno de los factores preventivos de obesidad infantil es, precisamente, la lactancia materna.

*Proteínas.* La cantidad de proteínas de la leche de vaca es casi cuatro veces mayor que la de la leche materna. Pero la proporción de proteínas de la leche de cada especie está en relación directa con el peso final que alcanza en la edad adulta. Dado que la vaca termina alcanzando tres o cuatro veces el peso de un ser humano, una mayor proporción de proteínas parece muy adecuada para el ternero, pero no para el bebé.

Por otra parte, la proporción de proteínas de la leche de cada especie está directamente relacionada con la velocidad de crecimiento de sus individuos: A mayor velocidad de crecimiento, mayor proporción de proteínas. El bebé duplica su peso en seis meses, y el ternero lo duplica en cuarenta y siete días, momento en el que alcanza los 100 kilos.

La velocidad de crecimiento, por otra parte, no es un bien en sí mismo, sino que está relacionada con la longevidad de la especie: cuanto mayor es la velocidad de crecimiento, menos longeva es la especie. El bebé pertenece a una especie mucho más longeva que la vaca, y eso hace que su aumento de peso sea más lento. En diversos experimentos, cuyos resultados fueron publicados en el informe «*Rapid growth-shorter life*», se constató que las dietas hiperproteicas administradas a animales de laboratorio tenían el efecto de acortar su vida

*Grasas.* La cantidad de grasas es ligeramente superior en la leche materna. Pero lo más importante es el tipo de grasa presente en una y otra. La leche materna es muy rica en ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, en comparación con la leche de vaca. La grasa de la leche de vaca, y especialmente si es de granja industrial, es casi toda saturada.

Los ácidos grasos poliinsaturados juegan un papel esencial en el desarrollo cerebral del bebé. La leche materna es el único alimento, exceptuando la onagra, la espirulina y la borraja, que contiene el ácido gammalinolénico. También tiene otros ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, de vital importancia en el desarrollo del cerebro y sistema nervioso del bebé. El aporte de estos nutrientes por la leche materna es importante, ya que el organismo del bebé no dispone todavía de las enzimas necesarias para elaborarlos a partir de los ácidos grasos insaturados.

El tipo de grasa contenida en la leche de cada especie guarda relación con el grado de desarrollo cerebral que alcanzan sus individuos. La diferencia entre la calidad de las grasas presentes en la leche de vaca y en la leche de mujer está sin duda relacionada con el diferente grado de desarrollo que alcanzarán el cerebro del ternero y del bebé. Mientras que a los dos años el cerebro de un niño pesa aproximadamente 1,2 kilos (un 10 por ciento de su peso total), el cerebro de una vaca puede pesar unos 350 gramos (menos del 1 por ciento del peso total). Por tanto, el tipo de grasa contenida en la leche de vaca puede ser muy indicado para el exiguo crecimiento cerebral de la vaca, pero no para el desarrollo cerebral y nervioso del bebé.

La calidad de la grasa de la leche materna parece ser uno de los factores por el que los niños amamantados presentan unos índices de inteligencia superiores a los bebés que no lo han sido. En un estudio realizado en el marco de una tesis doctoral en el Hospital Universitario Reina Sofía y en la Facultad de Medicina de Córdoba, los resultados ponían de manifiesto que los niños que se habían beneficiado de la lactancia materna presentaban a los 18 meses de edad entre 9 y 10 puntos más de inteligencia según la escala Bayley que los niños que no habían sido amamantados.

Por otra parte, el cuerpo de la madre lactante tiene inteligencia propia y regula la composición de la leche de acuerdo con las necesidades del lactante, en función de su edad e incluso del momento. Por ejemplo, la leche del final de la toma contiene más ácidos grasos poliinsaturados que la del principio, y la composición de la leche de las madres de bebés prematuros es más rica en estos elementos que la de las madres de bebés nacidos a término. Este es un motivo más para ofrecer a todos los bebés prematuros la posibilidad de ser incubados por sus madres con el método madre canguro.

*Hidratos de carbono.* La cantidad de hidratos de carbono de la leche materna es más del doble que la de la leche de vaca. La glucosa es el principal nutriente del cerebro, por lo que una mayor proporción de hidratos de carbono es coherente con el hecho de que el cerebro del bebé es más grande y crece a mayor velocidad que el del ternero.

## El calostro

La lactancia precoz tiene, entre otras muchas ventajas la toma inmediata del calostro, un cóctel inmunológico con el que la naturaleza generosamente provee al recién nacido en su «aterrizaje». El calostro es un ejército defensivo personalizado formado por anticuerpos, macrófagos, leucocitos, linfocitos, inmunoglobulinas y otras células defensivas de todo tipo, especialmente adaptadas al medio ambiente del bebé, es decir, a los microbios de su madre y de su entorno. No hay mejor protección para el recién nacido que la toma de «su» calostro.

La máxima concentración del calostro se da durante las primeras horas que siguen al parto, disminuyendo progresivamente a partir de entonces. A los tres días, la producción es de leche.

Cuando nace el bebé, no hay gérmenes en su intestino. A partir del nacimiento, comenzarán a florecer por millones. La mucosa intestinal, en ese primer momento, es muy delicada

y permeable. El calostro está especialmente diseñado para proteger y estimular el crecimiento de la mucosa intestinal y preserva al organismo de la penetración vía intestinal de sustancias y microorganismos nocivos, para los que el bebé no tiene aún defensas.

El futuro del intestino y de su flora dependerá, pues, de los primeros gérmenes colonizadores y estos, a su vez, serán distintos, dependiendo de lo que el bebé ingiera en el primer momento: calostro, leche artificial, suero glucosado... Es muy importante que su intestino sea colonizado en primer lugar por los microorganismos procedentes de su madre, con la que comparte los mismos anticuerpos (IgG). «En otras palabras, desde un punto de vista bacteriológico, el recién nacido humano necesita urgentemente estar en contacto con solo una persona, su madre», afirma Michel Odent.

### ¿Cuánto tiempo?

La Asociación Española de Pediatría (AEPED), la OMS y la UNICEF recomiendan amamantar en exclusiva hasta los seis meses y mantener la lactancia materna hasta los dos años mientras se van introduciendo otros alimentos. Por ese motivo, la totalidad de los grupos de apoyo a la lactancia españoles viene realizando campañas de solicitud de ampliación de la baja maternal a seis meses.



## Qué dice la OMS:

---

Como medidas para favorecer al máximo el establecimiento de la lactancia materna, la OMS da las siguientes recomendaciones:

- Incentivar la alimentación al niño cuando el mismo esté dando señales de que está listo para recibirla, mostrando salivación, movimientos orales, llevándose las manos a la boca y moviéndose hacia el pecho materno. No forzar la alimentación hasta que el bebé no esté listo.
- No separar al bebé de su madre en las primeras horas después del parto. Intentar realizar todos los exámenes necesarios para el recién nacido normal en la cama de la madre, en lugar de utilizar una mesa examinadora apartada.
- Retrasar la realización de los exámenes que no sean necesarios. Realizar los exámenes con la madre y el niño juntos. Demorar la hora del baño seis horas o más.
- Demorar la profilaxis de la conjuntivitis gonocócica, para evitar que el contacto visual madre-hijo se vea alterado. Después del nacimiento, buscar los momentos apropiados para administrar la vitamina K, la vacuna BCG y realizar la profilaxis de la conjuntivitis gonocócica contra la gonorrea (en aquellas instituciones donde esté indicado).



Para saber más:

---

### Artículos:

- «La hora siguiente al nacimiento, no despierten a la madre.» Michel Odent. [www.partonatural.net](http://www.partonatural.net)
- «Lactancia materna y aspectos biopsicosociales.» María Fuentes. [www.lactanciamaterna.net](http://www.lactanciamaterna.net)
- «El acto sexual de la lactancia.» Gro Nylander. [www.lactanciamaterna.net](http://www.lactanciamaterna.net)
- «El manejo del parto y sus implicaciones para la lactancia y el amamantamiento.» José J. Gorrín Peralta y Ana M. Parrilla Rodríguez. *Ob Stare* n.º 6, otoño 2002.
- «La sexualidad natural del amamantamiento: una prescripción evolutiva para la salud emocional.» Dale Glabach. *Ob Stare* n.º 18, otoño 2005.
- «Lactancia materna e inmunidad.» Doctora Belén Igual. [www.lactanciamaterna.net](http://www.lactanciamaterna.net)

### Libros:

- Maternidad y lactancia.* Gro Nylander. Ediciones Granica, Barcelona, 2005.
- El arte femenino de amamantar.* La Liga de la Leche. [www.lalecheleague.org](http://www.lalecheleague.org)
- La lactancia materna.* Josefa Aguayo. Universidad de Sevilla, 2004.
- Lactancia materna: Guía para profesionales.* Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEPED). [www.aeped.es/lactanciamaterna/libro1.htm](http://www.aeped.es/lactanciamaterna/libro1.htm)
- Mi niño no me come.* Carlos González. Temas de Hoy. Madrid, 1999.

*Ecología infantil y maduración humana: en la senda de Wilhelm Reich.* Maite S. Pinuaga y Xavier Serrano. Publicaciones Orgón. Valencia, 1997.

*Nuestros hijos y nosotros.* Meredith Small. Vergara Vitae.

*Diet for a new America.* John Robbins. Stillpoint.

*El equilibrio a través de la alimentación.* Olga Cuevas, 1999.

*El poder curativo de los alimentos.* Annemarie Colbin. Robin Book.

### **Webs:**

Autoregulación y lactancia. Estibalitz Vega: [www.parto-natural.net](http://www.parto-natural.net)

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría: [www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm](http://www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm)

Campaña seis meses baja maternal: [www.colectivo-laleche.org](http://www.colectivo-laleche.org)

La Liga de la Leche: [www.lalecheleague.org](http://www.lalecheleague.org)

Red Mundial de Grupos Pro Alimentación Infantil: [www.ibfan.org/spanish/gatespanish.html](http://www.ibfan.org/spanish/gatespanish.html)

Grupos de apoyo a la lactancia materna en España: [www.aeped.es/lactanciamaterna/grupos.htm](http://www.aeped.es/lactanciamaterna/grupos.htm)

Fundación Lacmat: [www.lacmat.org.ar](http://www.lacmat.org.ar)

World Alliance for Breastfeeding Action: [www.waba.org.my](http://www.waba.org.my)

Iniciativa Hospital Amigo de los Niños. [www.ihan.org.es](http://www.ihan.org.es)

Mother-Baby Behavioral Sleep Laboratory: [www.nd.edu/~jmckenn1/lab](http://www.nd.edu/~jmckenn1/lab)



Segunda parte

Aspectos psicosociales  
del parto y EL nacimiento



## Unas palabras acerca de la mortalidad perinatal

El argumento que más se utiliza para justificar un alto grado de intervencionismo en los partos es la seguridad. Se nos dice que la mortalidad de bebés y madres ha disminuido hasta cifras verdaderamente mínimas con respecto a otras épocas gracias a los hospitales. Sin embargo, un análisis objetivo demuestra que las cosas no son tan lineales como en principio parece, y que si eso es así en algunos casos, también caben otras interpretaciones de esa evolución tan positiva de las tasas de mortalidad.

Hay varios puntos sobre los que merece la pena reflexionar. El primero es que los partos que actualmente transcurren en casa o en maternidades atendidos por comadronas, y con poca o ninguna utilización de medidas invasivas, tienen unas tasas de mortalidad materno-infantil similares a los partos hospitalarios atendidos por tocólogos o matronas basándose en la tecnología invasiva, pero con unos resultados globales en términos de salud y satisfacción con la experiencia notablemente mejores. Eso se debe a que en los partos no intervenidos se reducen drásticamente el riesgo y los efectos secundarios derivados de las intervenciones no necesarias, que son mucho menos frecuentes. Los partos problemáticos per se, que no pueden prescindir de ayuda obstétrica, no sobrepasan el 10 por ciento (OMS), y estos son los que en otro tiempo podrían estar incluidos dentro del grupo de riesgo de muerte. En los países y centros en los que las intervenciones obstétricas son selectivas, las tasas de mortalidad y morbilidad perinatal son las más bajas.

Hace varios siglos, cuando la mujer paría en su casa asistida por una vecina experta, el derecho a la intimidad estaba

asegurado, así como la confianza de todos, incluida ella, en su capacidad como madre para llevar a cabo el proceso. No obstante, la mortalidad perinatal era alta... pero no más alta que la tasa de mortalidad de la población en general, frecuentemente golpeada por las epidemias. Las hemorragias e infecciones posparto se llevaban a madres y recién nacidos con dolorosa frecuencia.

Atribuir a la obstetricia el mérito total del descenso de la mortalidad perinatal es poco realista, tan poco como atribuir en exclusiva a los antibióticos y vacunas todo el mérito de la disminución de las enfermedades infecciosas que diezmaron las poblaciones de nuestros antepasados, cuando un análisis riguroso demuestra que otras variables fueron más decisivas a la hora de mejorar la salud pública.

Y la variable más importante fue, sin lugar a dudas, la higiene. El factor sanitario que más contribuyó a la drástica disminución de las enfermedades infecciosas acaecida desde finales del siglo pasado no fue la introducción de los antibióticos, sino la instalación de las redes de agua corriente y de alcantarillado en las ciudades europeas, así como la pasteurización de la leche. No hay que olvidar que en Europa, hasta bien avanzado el pasado milenio, los contenidos de las letrinas caseras se arrojaban a las calles de ciudades y pueblos, generando un medio ambiente insalubre y propicio a las infecciones.

Según René Dubos, la mortalidad infantil por enfermedades infecciosas en los países desarrollados disminuyó en un 90 por ciento varias décadas antes de la aplicación de las medidas de control de la medicina antimicrobiana: antibióticos y vacunas. La incidencia de cólera, difteria, disenteria y tifus, por ejemplo, disminuyó notablemente después de la introducción del agua corriente y de la red de alcantarillado para la evacuación de aguas residuales, mucho antes del uso de antibióticos y de las campañas de vacunación, que comenzaron a partir de los años treinta. En Estados Unidos, por ejemplo, la difteria causó la muerte de novecientos niños por cada millón en 1900, pero solamente de doscientos veinte en 1938. Sin embargo, las campañas de vacunación no comenzaron hasta 1942. La escarlatina descendió de 2.300 muertes por millón de niños



en 1860 a cien en 1918, pero las sulfamidas no estuvieron disponibles hasta la década de los años treinta y la vacunación no comenzó hasta los años sesenta, en los que los casos se habían reducido a una docena por millón, aproximadamente.

Por lo que se refiere a la asistencia al parto, el desconocimiento de la importancia de la suciedad en la transmisión microbiana dio lugar a un gran aumento de la mortalidad en las madres que acudían a parir al hospital. En realidad, puede decirse que los comienzos de la obstetricia como especialidad médica fueron seguidos de un gran aumento de la mortalidad perinatal, al menos en lo que se refiere a los partos en hospital. Este aumento de la mortalidad se debió principalmente a dos causas: la pasión del médico por intervenir de la forma que fuera en el recién invadido cuerpo de la mujer y la total ausencia de asepsia.

En los siglos XVIII y XIX, la tocología que se practicaba en los hospitales era fiel reflejo de la posición que en la sociedad ocupaba la mujer, que se convirtió en un dócil y entretenido campo de experimentación. Los médicos más «activos» practicaban cruentas y arriesgadas operaciones a las parturientas, de dudosa eficacia y seguridad: dilatación artificial del cuello del útero con incisiones profundas en él, cesárea vaginal, dilatación manual, dilatación instrumental, sección de la sínfisis púbica, cesáreas (morían casi todas), extracción del feto de nalgas con ganchos o con asas, etc.

Puede decirse que la actual corriente humanizadora del parto no es nueva, sino que comenzó con la misma obstetricia. Parte de los tocólogos, los «conservadores», estaban alarmados por la manera de proceder de sus colegas «activos». El doctor Boer, por ejemplo, afirmaba: «Parece como si la naturaleza hubiese abandonado la obra de la parturición en favor de las técnicas del obstetra». El español Babil de Gárate publicaba en 1765 el *Nuevo y natural medio de auxiliar a las mujeres en los lances peligrosos de los partos sin operación de manos ni instrumentos*. El doctor Ahfeld, en 1888, advertía: «Las manos fuera del útero».

Una tan cruenta atención al parto, unida a la falta total de higiene, dio lugar a una elevada mortalidad, en gran parte debido

a que los médicos practicaban autopsias a las mujeres muertas por fiebre puerperal y a continuación atendían partos sin lavarse las manos. Las infecciones se extendían con facilidad, y las mujeres, que sufrían heridas de consideración durante el parto, morían como moscas.

Un caso que merece la pena reseñar es el del obstetra húngaro Ignaz Semmelweis (1818-1865). Ignaz se había dado cuenta de que la fiebre puerperal afectaba casi exclusivamente a las mujeres que daban a luz en hospital. En su pabellón, en 1842, la tasa de fallecimientos por esta infección era del 33 por ciento; en 1846, ascendió a un 96 por ciento. Semmelweis observó que un pabellón tenía el doble de fallecimientos que otro, y que la única diferencia entre ellos era que en el primero atendían a las parturientas estudiantes que venían directamente de practicar autopsias a mujeres fallecidas por fiebre puerperal. Semmelweis hizo la prueba de pedir a todos que se lavaran las manos con agua clorada antes de tocar a las parturientas, y la mortalidad descendió al 0,23 por ciento. Entusiasmado por los resultados, pretendió que incluso su jefe, Klein, se lavara las manos. Este, enfurecido, le despidió. Semmelweis continuó con sus investigaciones e intentó que los médicos conocieran esta realidad y se lavaran las manos antes de atender a las mujeres. Como resultado, sufrió el escarnio de sus colegas ginecólogos y fue expulsado del colegio médico y condenado por las academias de las principales ciudades europeas. Se le obligó a abandonar Viena y terminó sus días en un manicomio. La clase médica de entonces tardó en aceptar sus elementales nociones de higiene otros cincuenta años, en los que cientos de miles de mujeres que confiaron en el hospital perdieron la vida. Una vez conocido y aceptado el papel de los microorganismos en las infecciones y la importancia de la limpieza, la simple medida de lavarse y desinfectarse las manos hizo que la mortalidad de las parturientas disminuyera considerablemente. Así se atribuyó de paso a la medicina el mérito de disminuir unas tasas de mortalidad previamente elevadas por ella misma.

La higiene y la disponibilidad de agua potable es, de hecho, uno de los índices más importantes de calidad y esperanza de

vida de los países. Según la OMS, el 80 por ciento de las enfermedades infecciosas que afectan a la población mundial están directamente relacionadas con la insuficiente evacuación de las aguas fecales y el desabastecimiento de agua limpia.

Además de los problemas de higiene en el parto, otros factores como la frecuencia y cantidad de los embarazos, a menudo no deseados, el pesado trabajo de las madres de familias numerosas que además trabajaban en el campo o las fábricas, las malas condiciones higiénicas y de calefacción de las viviendas, las fluctuaciones alimentarias naturales a lo largo de las estaciones y la difícil posición de la mujer dentro de una sociedad que la discriminaba, ponían a esta en una situación algo precaria para hacer frente a las frecuentes maternidades. Ello no impidió, sin embargo, que numerosas mujeres tuvieran seis, ocho o más hijos sin sufrir complicaciones en el parto.

El doctor Wagner, representante de la OMS en materia de salud materno-infantil, afirma a este respecto:

Durante los últimos veinte años, la mortalidad perinatal ha disminuido muchísimo, y los médicos lo atribuyen a que los partos tienen lugar en los hospitales. No hay ninguna prueba de que esto sea cierto. La evidencia científica es que mueren menos bebés porque hay una mejor nutrición, una mayor salud en la mujer, mejores condiciones de vivienda y, algo muy importante, porque las mujeres tienen menos hijos y los tienen cuando los desean por medio de la planificación familiar. Esta es probablemente la mejor razón por la que mueren menos niños que hace veinte años. La explicación está en lo que hacen las mujeres, no los médicos».

El informe de la OMS *Tener un hijo en Europa*, por su parte, concluía:

No está demostrado científicamente que ninguna de estas explicaciones (la medicalización del parto) haya sido la causa de la reducción de la mortalidad, aunque en todos los casos se ha dicho que la reducción demostraba el éxito de la intervención... La mortalidad perinatal empezó a reducirse mucho antes de la

llegada de estos recursos médicos. Y, según parece, la tecnología más moderna simplemente se ha incorporado a la tendencia ulterior, en vez de producirla.

Es cierto que el acceso a los recursos médicos ha supuesto una gran ayuda para ese 10 por ciento de partos que se complica, pero también es cierto que la utilización inadecuada de esos recursos produce daños en mujeres que podrían haber tenido partos perfectamente normales. En realidad, resulta irónico hablar de seguridad cuando dar a luz en un hospital supone exponerse a esto:

Mi hermana ingresa con 4 centímetros de dilatación. Le quieren poner oxitocina porque es «muy peligroso». Ella en principio se resiste, pero le presionan y acaba por ceder: oxitocina a chorro, con resultado de rotura uterina y cesárea de urgencia. De paso le extirpan el útero. El niño está bien, aunque estuvo varios días en la UVI. Días después, mi hermana ingresará de nuevo por un dolor fortísimo: al practicarle la histerectomía le habían cosido la uretra. No podrá tener más niños, no tiene la regla. No puedo creer lo triste que está, ni sombra de la alegre chica que era.

En el contexto del parto hospitalario, la anestesia epidural se presenta como la gran solución, la panacea que convierte en soportable lo que de otro modo sería insoportable, un «recurso dentro de la situación previa de sometimiento», en palabras de la psicóloga Laura Gutman, un anestésico para el cuerpo pero también para el alma. Pero la anestesia no deja de ser lo que es, una intervención invasiva, capaz de generar efectos secundarios y sujeta a problemas de dosificación. Un recurso, en suma, que probablemente se banaliza e incentiva en exceso, y que merece mucha más cautela.

No era capaz de mover las piernas, no sentía dolor, cero dolor, estaba sonriente, maravillada ante la idea de no sentir nada, de estar como grogui, demasiado grogui... Me llevan, veo pasar las luces del techo a toda velocidad, me meten en el quirófano y me ponen en la camilla de operaciones entre dos porque no soy

capaz de mover las piernas, los brazos incluso me cuelgan, no los puedo mover tampoco, pero no siento dolor, solamente estoy deseando verla... Me gritan para que respire, tengo cuatro pausas respiratorias y el corazón se me acelera por dos veces, dos arritmias. Me dicen que respire fuerte, que se me está olvidando. Dejan pasar a mi marido, su cara es un poema, no le hablo, únicamente le sonrío y él se vuelve, le hacen salir de allí, me duermo, me despiertan, me ponen oxígeno y siento alivio... Al día siguiente, me obligan a levantarme, me cuelga la cabeza, siento que me desmayo, pido ayuda para que me metan de nuevo en la cama.

Por otra parte, el concepto de mortalidad perinatal no deja de ser puramente cuantitativo, una forma de valorar la asistencia que ignora las secuelas físicas y psíquicas, los aspectos emocionales y psicológicos de la experiencia del nacimiento. Los datos oficiales son lo que son, frías cifras que no toman en cuenta la calidad de la experiencia vivida por las mujeres, sus bebés, sus parejas, ni la forma en que esa experiencia les marca. Muchas mujeres sufren auténticos cuadros de estrés postraumático, en el que el recuerdo del parto vuelve una y otra vez a su memoria, de manera intempestiva y durante meses. Muchas mujeres no olvidan lo que pasó, y el sentimiento de felicidad por el nacimiento de un hijo queda teñido con el de indefensión y el dolor de haberse sentido tratadas de una manera indigna.

Ahora empiezo a digerir todo lo que pasó. He pensado en pedir mi historia clínica para ver cómo justifican cada intervención, pero no sé si puedo... Todavía duele, físicamente y en el alma. Han pasado casi cinco meses. Miro a Alicia, que duerme en mi brazo izquierdo. Espero poder explicarle algún día que yo quise que naciera en la cama con mamá y papá, a oscuras y en silencio. Pero que nació bajo un foco, entre gritos y amenazas, porque no encontramos quien nos ayudase. Quiero decirle que fue el mejor recibimiento que fuimos capaces de darle. Que voy a hacer todo lo que esté en mi mano para que ella pueda tener a sus hijos como quiera. Que voy a luchar para que cuando el padre de sus hijos la acaricie, por su cabeza pase el amor que siente, y no el

recuerdo de unas tijeras. Quiero decirle lo orgullosa que estoy de su padre por haberla defendido cuando yo ya no tenía fuerzas, porque me habían machacado. Y que la quiero.

CRISTINA GALDO

Las cifras oficiales tampoco tienen en cuenta los efectos secundarios inmediatos derivados de las intervenciones obstétricas innecesarias, del sufrimiento de las mujeres y de sus bebés.

Esta fue la culminación de lo que hoy concibo como un engaño, y el inicio de toda la enfermedad provocada por una cesárea programada injustificada... Sobre las nueve de la mañana, una señorita, supongo que enfermera, me rapó el pubis con una maquinilla de afeitar y me puso un enema. Aquello fue insignificante para mí comparado con lo que me esperaba, pero no deja de ser un asalto obsceno a mi intimidad. Además, durante mucho tiempo después, tuve molestias y picores en el pubis por el crecimiento del pelo... Me pusieron sobre la cama y allí me pasé tres días sin poder despegar la espalda del colchón, literalmente. Al cabo de un rato, comencé a sentir un fuerte dolor, que duró varios días. Acumulaba mis escasas fuerzas para suplicar un calmante, pero solamente me lo daban cada seis-ocho horas para no perjudicar la lactancia. Mientras tanto, personas y personas pasaban, me besaban y se iban o se quedaban sentadas mirándome mientras hablaban entre ellas haciéndome sentir como un muñón. Todos podían coger a mi hija menos yo. Las enfermeras me trataban como si yo fuera una guarra (escribo esa palabra porque es la que ellas utilizaron para referirse a mí). Me decían que me tenía que cambiar la compresa y se iban tan deprisa que me la colocaban de cualquier manera y no me daban oportunidad de explicarles que me era imposible mover el cuerpo, que me resultaba muy doloroso y que únicamente despegaba la espalda del colchón con gran esfuerzo y mucha ayuda para ponerme de lado y dar de mamar a mi hija. Que me resultaba muy desagradable estar sucia y no poder hacer nada para evitarlo... Al salir por fin de la habitación de la clínica para volver a casa, atravesé la sala de espera en

la que tantos ratos había pasado esperando a que las monjas me monitorizaran durante el embarazo. Allí sentada delante de las numerosas puertas cerradas de las habitaciones, me había preguntado muchas veces por qué nunca salía ninguna mujer que acabara de ser madre. Solamente una vez salió una joven en silla de ruedas vestida de calle porque le habían dado el alta. Alguien llevaba a su bebé. Ahora me horroriza pensar en el espectáculo de sufrimiento que puede esconder cada puerta cerrada.

Los datos oficiales tampoco incluyen los posibles efectos secundarios de las intervenciones obstétricas, a corto y a largo plazo, tanto físicos como psíquicos. Por ejemplo, un grupo de investigadores suecos, liderados por el doctor Jacobson, comprobó en varios estudios la relación existente entre la administración de drogas a la madre durante el parto y la mayor probabilidad de adicción a las drogas de sus hijos en la adolescencia. La conclusión de estos estudios fue que la administración de óxido nitroso durante el parto incrementaba en cinco-seis veces las probabilidades de adicción a las anfetaminas de sus hijos una vez llegados a la adolescencia, en una proporción directa a la dosis y duración de la exposición de la madre a la droga. Asimismo, la administración de opiáceos a las madres durante el parto incrementaba las probabilidades de adicción a drogas opiáceas de sus hijos.

El mismo equipo pudo comprobar una relación directa entre el nacimiento traumático y la conducta autodestructiva en la vida. Estudiados 2.900 casos de suicidios de adolescentes, pudo encontrarse una relación entre nacimiento con reanimación posnatal y una mayor probabilidad de suicidio en la adolescencia.

Estos estudios están recogidos en la Base de Datos de Salud Primal ([www.birthworks.org/primalhealth](http://www.birthworks.org/primalhealth)), que alberga numerosos artículos y trabajos acerca de la relación entre lo que sucede en el período primal (embarazo, parto y primer año de vida) y la salud durante toda la vida. Otro trabajo que merece la pena mencionar y que puede ilustrar de qué forma el manejo del parto puede tener consecuencias a largo plazo es el llevado a cabo por la psiquiatra japonesa Ryoko Hattori.

Esta doctora se dedicó a evaluar el riesgo de padecer autismo según el lugar del nacimiento, y encontró que los bebés nacidos en un determinado hospital tenían un riesgo mucho más elevado de ser autistas que los demás. En este hospital, la rutina era inducir los partos en la semana treinta y nueve y utilizar una determinada mezcla de sedantes, anestésicos y analgésicos durante el parto.

Estos son solamente algunos ejemplos de cómo intervenciones aparentemente puntuales pueden, sin embargo, tener efectos secundarios insospechados que condicionan toda la vida.

Por otra parte, el hecho de que todos los partos medicalizados en hospital sufran los mismos protocolos es una dificultad añadida para detectar los efectos adversos de estos. Dicho de otra forma, difícilmente se puede evaluar la asistencia medicalizada al parto cuando se carece de la referencia que es el parto fisiológico. En este sentido, el estudio de la OMS reconoce:

Medicalizando el nacimiento... el estado de la mente y el cuerpo de la mujer se alteran tanto que la forma de realizar este acto íntimo también debe quedar alterada, al igual que el estado del recién nacido. El resultado es que ya no es posible saber cómo hubieran sido los nacimientos antes de estas manipulaciones. Por lo tanto, los proveedores de los servicios de natalidad no tienen un verdadero criterio para calibrar su asistencia.

## El contexto

Muchos se preguntan cómo fue posible que en los comienzos de la obstetricia mujeres y comadronas permitieran una tan cruenta irrupción del médico en su ámbito privado, que se impusiera tan fácilmente la antifisiológica posición tumbada o el uso universal de los fórceps, o que tantas mujeres acudieran al hospital a pesar de ser algo tan arriesgado. Una cesión de poder que resulta poco comprensible sin situarla en su contexto histórico. Las circunstancias que confluyeron en esos primeros tiempos fueron varias:



- El factor más importante del sometimiento de la mujer a las circunstancias fue sin duda la *quema de brujas*, un oscuro capítulo de la historia europea que revela la posición que la mujer ocupaba dentro de la sociedad de entonces. Acusadas de poseer «poderes mágicos sobre la salud», a lo largo de cien años la Inquisición llegó a quemar vivas a nueve millones de mujeres que poseían conocimientos sobre salud, plantas medicinales, partería, anticoncepción, etc., o simplemente un espíritu libre. Como bien analiza Carolyn Merchant en su obra *The death of nature*, la quema de mujeres durante la Edad Media impulsada por la Iglesia constituyó una «limpieza de género» sin precedentes, y se inscribió dentro de un movimiento más amplio de control y dominación de la cultura patriarcal sobre la naturaleza en sus diversos aspectos: la mujer, la agricultura, las tierras vírgenes (colonias), los pueblos «primitivos» (colonizados)...

Esto allanó el camino al médico y explica la facilidad con la que éste fue suplantando a la comadrona e imponiendo sus métodos e instrumentos. La obstetricia no vino a completar y ampliar lo que sabían las comadronas y las propias mujeres, por su experiencia y conocimientos, sino a sustituirlo. La pérdida de protagonismo de las mujeres tuvo su contrapartida dentro de las instituciones con la pérdida de autonomía de las comadronas. En algunos países incluso se les prohibió atender partos.

- El *incipiente desarrollo de las ciencias naturales*, espoleado no tanto por un deseo de conocimiento de la naturaleza a partir de la observación, como por el propósito de desentrañar sus misterios y explotarla, un propósito que dio origen a un progresivo divorcio entre ciencia y conciencia (ética). Como dice Ronald Laing: «Un experimento puede ser científicamente intachable, pero moralmente detestable». Francis Bacon resumía de esta forma el espíritu que animó el desarrollo de la ciencia:

La naturaleza es una dama. Ello no significa que haya que dejarla «libre y sin limitaciones». Hemos de restringirla y provocarla. Entonces, cuando por el arte y la mano del hombre se ve forzada de su estado natural, exprimida y moldeada, está en condiciones para decirnos lo que deseamos saber.

FRANCIS BACON. (*THE NEW ORGANON*)

- *El desarrollo de las ciencias naturales* se hizo basándose en un extremo *racionalismo*, es decir, en la consideración de *la razón* como superior a otras formas de conocimiento y de la tradición como transmisión de la experiencia de una generación a la siguiente. En estas circunstancias, lógicamente quedaron excluidas de un plumazo otras fuentes de conocimiento: El instinto, la intuición, la experiencia compartida, la experiencia transmitida, todo ello fue considerado de categoría «inferior». En este contexto, lógicamente, cómo se sintieran las mujeres o los bebés no importaba nada en absoluto.

La medicina aplica un mecanismo de racionalización que reprime aquellos aspectos psicosociales y no biológicos, que no se sujetan al orden médico-social establecido. Así la medicalización del parto tiene en el control de la posición y la posesión corporal del sujeto-persona-mujer uno de sus paradigmas más claros.

DOCTOR CARLOS BURGO

Hasta ahora la ciencia reduccionista sólo ha tenido en cuenta aquello que podía constatar, pesar y medir. Eso ha dejado fuera todo un mundo de realidades no visibles a esa mirada, generando en el proceso mucha iatrogenia física, emocional y social. Sin embargo, incluso la física cuántica ha demostrado que no existe la observación objetiva, ya que no se puede observar un proceso sin alterarlo, y menos aún cuando esa mirada está condicionada por una ideología y una escala de valores concreta.

El racionalismo fue conduciendo a una visión de la realidad y de la ciencia progresivamente fragmentada, reduccionista y mecanicista, a una progresiva especialización, a saber más y más de parcelas cada vez más pequeñas, perdiendo de vista la visión global y sistémica.

Una característica de los sistemas vivos derivada de su complejidad y su autoorganización es la de restablecer su propia salud y reparar los daños sufridos. El control exterior reduce el grado de libertad de sus sistema y en consecuencia reduce su capacidad para organizarse y renovarse. La aplicación del paradigma de la ingeniería a la vida tiene como resultado un aumento de los problemas.

VANDANA SHIVA

Esta falta de perspectiva global, sistémica, es el origen del fenómeno conocido como «*la cultura del efecto secundario*» y de la «*vuelta de tuerca*», que puede observarse en cualquier ámbito. Cuando uno mira hacia los grandes problemas actuales no puede por menos que reconocer que muchos de los grandes problemas a que nos enfrentamos hoy son el efecto secundario en el tiempo —a veces siglos— de grandes descubrimientos y panaceas del pasado. Cuanto más grande la aparente panacea, mayor el efecto colateral. Es la ley de la moneda: cuanto más grande la cara, más grande la cruz. «Todos y cada uno de los problemas a que nos enfrentamos hoy son el resultado inevitable de las brillantes soluciones de ayer», decía el arquitecto Henri Bergman. La «vuelta de tuerca» es la intervención cada vez más invasiva para resolver los problemas creados por intervenciones anteriores que han interferido con los mecanismos de autorregulación naturales. Un ejemplo muy claro es el fórceps o la cesárea para resolver un problema creado por la postura, la oxitocina y la inhibición creada por la situación de indefensión.

- *Una vision jerárquica de la Naturaleza* y del mundo como una entidad dual, en la cual una parte es superior y por tanto tiene el deber y la responsabilidad de escudriñar, desvelar y finalmente controlar a la otra, que, casualmente, es la que tiene el poder de dar la vida. Es una visión que justifica que:
  - Las rutinas obstétricas *sustituyan* la fisiología de la mujer.
  - La técnica *domine y explote* a la naturaleza.
  - La razón desprecie y desvalorice la intuición, el instinto y todo tipo de vías de conocimiento no consideradas científicas.
  - Lo masculino domine lo femenino.

Dominar la Naturaleza ha sido un imperativo de nuestra cultura, pero el desarrollo de la tecnología es lo que ha permitido que se llegara tan lejos. Someter a la Naturaleza a través de la mujer en su momento más poderoso era una gran tentación. ¡Qué poderío! Freud hablaba de la «envidia del pene» inherente a las mujeres. La violencia de algunas prácticas rutinarias en el paritorio y la obsesión de la ciencia por sustraer la reproducción fuera del ámbito de lo femenino y natural nos da elementos para pensar que es exactamente al revés. El parto medicalizado, la reproducción asistida y su peligroso avance hacia la clonación, la biotecnología y el derecho de propiedad sobre las semillas (patentes), el útero artificial en el que ya trabajan numerosos científicos, las leches maternizadas para sustituir el pecho materno —causa de la muerte de tantos niños en países pobres—, la incubadora que se sigue imponiendo a pesar de la superioridad del método madre canguro... dan que pensar acerca de quién envidia qué.

Una mujer pariendo es la Naturaleza en acción. La forma en que se atiende a la mujer en el parto es totalmente indisoluble de la mentalidad con la que se trata a la Naturaleza. En realidad, sería sorprendente que la misma cultura que maltrata, fuerza y explota dicha Naturaleza hasta el límite, confiara y respetara la naturaleza de la mujer pariendo. Dominar a la

Naturaleza en la mujer es algo relativamente fácil: basta con cogerla en un momento en el que ponerse a la defensiva significa ponerse en peligro. La mujer instintivamente lo sabe. A ello se debe la lucha de muchas mujeres por dejar el camino despejado de antemano, y también el auge del parto en casa.

Entender el contexto en que comenzó a desarrollarse la obstetricia sin embargo no significa tener que mantener el estado de cosas. La posición de la mujer en la sociedad ha cambiado notablemente, aun cuando este cambio se haya hecho relegando aún más a la sombra ciertos aspectos intrínsecamente femeninos de nuestra psique y de nuestra sociedad. La represión y la sumisión durante el parto es un aspecto importante de este fenómeno. Pero quizá haya llegado ya el momento de cambiar las cosas, y desarrollar no sólo nuestras cualidades masculinas sino también las femeninas, tomar posesión de nuestro poder interno, dejar de ser amables y sumisas, y volver a recuperar lo que Clarissa Pinkola denomina «la mujer salvaje»:

La mujer salvaje enseña a las mujeres a no ser «amables» cuando tengan que proteger sus vidas emocionales. La naturaleza salvaje sabe que el hecho de actuar con «dulzura» en tales circunstancias sólo sirve para provocar la sonrisa del depredador. Cuando la vida emocional está amenazada, el hecho de trazar en serio una línea de contención es no sólo aceptable sino también preceptivo. Cuando la mujer así lo hace, su vida ya no puede sufrir intromisiones durante mucho tiempo, pues ella se da cuenta inmediatamente de lo que ocurre y puede empujar de nuevo al depredador al lugar que le corresponde.

CLARISSA PINKOLA ESTÉS, EN  
*MUJERES QUE CORREN CON LOS LOBOS*

## Obstetricia, la ley del miedo

Muchas personas se sorprenden de la docilidad de las mujeres frente a un sistema que no permite ejercer derechos

fundamentales, por ejemplo, a ser tratada como una persona adulta y responsable, a la intimidad, a adoptar la postura más confortable, a que se le consulte sobre las prácticas que se le pretenden hacer y se le informe de sus contraindicaciones, consecuencias y alternativas. Hay muchas formas de conseguir que una persona se someta, pero podrían resumirse en dos. Una es el método expeditivo. Una vez que la mujer está tumbada, atada a la máquina y con la vía puesta, se hace y punto.

Esto no le debió gustar porque, aunque yo no era muy consciente, vi que abrían el gotero que habían mantenido cerrado, la oxitocina, así que empecé a tener pujos por narices... Fue un momento muy violento para mí, estaba en una postura incómoda, alguien me doblaba el cuello fuertemente hacia delante y no me dejaba respirar bien. Estaba realmente enfadada y sabía que no me estaban haciendo caso.

Luego hay un método indirecto, pero altamente efectivo. Es el miedo. Una mujer convencida de que el parto es un acontecimiento peligroso y arriesgado hará lo que sea para que la salven del lance lo más rápidamente posible, y encima dará las gracias. Probablemente, muchos profesionales también tengan miedo, lo que es perfectamente comprensible teniendo en cuenta que el parto medicalizado es más arriesgado que el parto fisiológico. En el curso de un parto, no hay forma más efectiva de someter a una mujer que decirle que la vida de su hijo corre peligro. Incluso si el posible riesgo para su bebé ha sido causado por la forma de atender el parto (posición tumbada, oxitocina...), la mujer lógicamente consentirá que se le haga cualquier cosa por ver a su bebé sano y salvo.

A mi hijo le salvó la vida el mismo ginecólogo que la puso en peligro.

Concebidas para detectar problemas, a veces las consultas prenatales son más una fuente de preocupación y ansiedad. Muchas madres que dan a luz bebés perfectamente sanos re-

ciben durante el embarazo noticias acerca del estado del bebé que les arrojan a estados de nerviosismo y miedo que son la antesala de la sumisión más absoluta. El hecho es que cuando llegan al parto, y convencidas de ser una auténtica bomba de relojería, muchas mujeres lo único que quieren es acabar cuanto antes. Esta madre lo relataba de esta forma tan lúcida:

La tela de araña a menudo se tiende desde el embarazo, no siempre de forma intencionada, pero sí efectiva. Ayer nació el siguiente bebé de la «lista de familiares y amigas embarazadas 2005» y ¡voilà! ¡ Otra cesárea al canto! Así que llevamos dos de dos: chica joven, primeriza, embarazo absolutamente normal, sin riesgos previos ni complicaciones. Ginecólogo privado, parto inducido a las 41 + 3, el parto no progresa y a las diez horas solamente hay dos centímetros de dilatación y las aguas, que en el momento de romper artificialmente la bolsa eran claras, parece ser que están algo teñidas... Cesárea... Mis amigos convencidos de que esa cesárea ha sido absolutamente providencial y necesaria porque el parto se ha complicado... Yo segura de todo lo contrario y un poco «depre» de nuevo porque sé que no hay forma de hacérselo ver... Es curioso cómo ciertos ginecólogos van tejiendo sutilmente su «tela de araña», cómo van minando la capacidad crítica de aquellos que confían ciegamente en el saber y el buen hacer del portador de una bata blanca. Hasta que toman absolutamente el control. Estos amigos míos empezaron las monitorizaciones de rutina cinco semanas antes de la FPP sin ningún motivo especial ni causa específica que lo recomendara; fue simplemente —interpreto yo— para comenzar el control (y de paso hacer un poquito más de «caja», que nunca viene mal). Yo no podía dar crédito y, semana tras semana, le decía a mi chico: «Esto, mi vida, pinta en cesárea». Porque ¿qué otra cosa se pretende conseguir con tanta monitorización inútil sino crear un clima de inquietud, inseguridad e impaciencia en la embarazada; una sensación de que el momento que tiene que llegar no llega y, en consecuencia, un deseo de que, por favor, llegue ya? Y en ese estado, ¿no es lógico prever que la mujer dirá «sí, gracias», cuando le propongan la inducción? No entiendo cómo es posible que no se les dispare la luz de alarma cuando escuchan, una vez tras otra, historias de

inducciones fallidas, cesáreas, fórceps, niños con sufrimiento fetal.... Que su cerebro no sea capaz de «relacionar» y sacar ciertas conclusiones lógicas.

ASSUMPTA

## El efecto nocebo del cuidado perinatal

El embarazo y el parto son procesos dirigidos por hormonas, y cada día es más evidente la influencia que el estado emocional —y por tanto hormonal— puede tener en su evolución. La doctora Christine Dunkel-Schetter y su equipo de la Universidad de California han estudiado durante varios años el efecto del estrés en el embarazo. Sus conclusiones son que las mujeres que experimentan grados elevados de estrés corren un riesgo cuatro veces mayor de tener un parto prematuro que las que no lo sufren. El motivo es que las hormonas del estrés pueden modificar el perfil de las que regulan el embarazo y el parto. Otra hipótesis es que el estrés sostenido puede afectar negativamente al sistema inmunológico e incrementar el riesgo de infección, que a su vez es una causa frecuente de parto prematuro. Las hormonas del estrés también interfieren el metabolismo de los ácidos grasos poliinsaturados, precursores de las prostaglandinas, a su vez reguladoras de estos procesos.

Sobre la cualidad del estrés, también se comprobó que más importante que el motivo de este en sí es la respuesta emocional de cada mujer, siendo la principal fuente de estrés la preocupación sobre el embarazo y el parto. «Una fuerte ansiedad durante el embarazo es el mayor factor de riesgo de parto prematuro», afirma la doctora Dunkel Schetter. A esta misma conclusión ha llegado Michel Odent, quien afirma:

Todos conocemos a mujeres que han salido asustadas después de una revisión. El estilo dominante en las consultas prenatales consiste en poner el énfasis en los problemas potenciales. Esto implica un inevitable «efecto nocebo», esto es, un efecto negativo



sobre el estado emocional de las mujeres embarazadas e indirectamente sobre sus familias. En un mundo ideal, la principal preocupación de los médicos y profesionales de la salud implicados en los cuidados perinatales debería ser proteger el estado emocional de las mujeres encintas.

Los motivos de zozobra pueden ser infinitos: «su tensión arterial está demasiado alta o demasiado baja», «su peso aumenta demasiado deprisa o demasiado despacio», «está usted anémica», «su tasa de plaquetas es baja», «tiene anemia gestacional», «su bebé es demasiado pequeño o demasiado grande», «tiene demasiado líquido», «no tiene suficiente líquido», «la placenta está baja», «los embarazos a su edad son de alto riesgo», «su bebé todavía no está cabeza abajo», «si no ha dado a luz el miércoles, provocaremos el parto»... Una visión patológica del embarazo que se alimenta en las revistas para mujeres y otros medios de comunicación, y que incrementa el miedo al parto.

Por otra parte, según el doctor Odent, una parte de estos «problemas» en realidad no son tales. En España, por ejemplo, durante el embarazo se suele recetar suplementos de hierro por sistema. Eso porque se asume que todas las embarazadas están anémicas debido al descenso de glóbulos rojos y hemoglobina en la sangre. Pero, según el doctor Odent, en la mayoría de los casos esa anemia es solo aparente y la consecuencia del aumento del volumen de sangre en la embarazada. La sangre se diluye un poco para facilitar la circulación a través de la placenta. Dicho de otro modo, esos bajos recuentos de hematíes en la mayoría de los casos no serían patológicos, sino fisiológicos. Lo mismo sería aplicable a la glucosa sanguínea y la tensión arterial, cuyos valores resultan levemente alterados durante el embarazo y que, en la mayoría de los casos, no representan problema alguno.

Creer que el parto es un acontecimiento peligroso necesitado de ayuda técnica prepara el camino para todo tipo de intervenciones destinadas a acabar lo antes posible. Este trasvase de poder de la parturienta a los profesionales tiene importantes consecuencias no solamente individuales sino también

sociales. La experiencia demuestra que el parto es tanto más difícil cuanto mayor es el grado de civilización y medicalización de una sociedad. Al cabo de varias generaciones de nacimientos hipermedicalizados, las mujeres conservan inscrita en su memoria una vivencia tan penosa de su propio nacimiento, que temen no ser capaces de llevar a cabo el proceso con sus propios recursos.

Por ello, es cada vez más evidente que existe una correlación directa entre la manera de nacer de una niña y la forma en que ella tendrá a sus futuros hijos. Michel Odent ha constatado incluso que toda persona que ha tenido un nacimiento difícil no solo tenderá a tener partos más difíciles, sino a hacer más dificultosos los partos a los que asista. Una constatación sin duda importante, que en el futuro podría llegar a cuestionar, incluso, la idoneidad para asistir los partos tanto de los profesionales médicos como de la persona de apoyo de la mujer, cuando estos no pueden evitar sentir una ansiedad ante el acontecimiento que influya negativamente en el estado emocional de la madre.

En estas condiciones, dar a luz con las propias hormonas se ha convertido, pues, en una aventura que no todas las mujeres deciden emprender. Es un hecho que las mujeres nacidas de manera forzada se asustan ante un parto no medicalizado. Como advierte Elizabeth Noble: «Si esta marea de intervención no se para pronto, será cada vez más difícil para una mujer embarazada confiar en sí misma para dar a luz de acuerdo con sus sentimientos e intuiciones, más que de acuerdo con la prescripción de un determinado método de nacimiento».

## Sobre la información y el poder

El control de la información es un punto importante del mantenimiento del sistema. El control de la información se realiza no solamente en la consulta médica, sino también a través de los medios de comunicación de masas, que suelen apoyar la tesis de la obstetricia convencional y llevar implícito el mensaje de que la mujer no debe tener nada que temer si

acepta, no alumbrar a su bebé, sino permitir dócilmente que se lo extraigan. La misma tesis se difunde en los cursos de preparación para el parto que ofrecen los hospitales, en realidad concebidos con el fin de preparar a las mujeres para lo que se les avecina. Esto contaba una matrona que no se ajustaba precisamente al temario del curso:

En un par de centros de salud, la «jefa» me ha llamado la atención por informar demasiado a las madres, puesto que desde el hospital le habían llamado la atención a ella diciendo algo así como: «A ver qué matrona tienes ahí que vienen las mujeres muy estreptosas pidiendo moverse y levantarse durante la dilatación, y no se quieren subir al potro, y piden que no se corte el cordón enseguida... Dile que tenemos mucha faena y no podemos atenderlas si no se quedan quietas en la cama, que no les enseñe cosas que luego no se van a poder cumplir».

También me encontraba con que algunas mujeres no querían oír lo que yo les decía. Una vez me tocó hacer una suplencia en una clase de preparación para el parto a un grupo de mujeres que ya estaban medio «domesticadas» por la matrona titular. A mitad de la clase, una mujer empezó a llorar diciendo que por qué les explicaba esas cosas, si ella estaba tan tranquila con lo que le había explicado la otra. A la semana siguiente, la matrona titular me dijo muy disgustada que había necesitado las dos horas para tranquilizar y «devolver las gallinas a su corral». En fin, eso de dar la información buena y veraz tampoco está muy bien visto. Cuando me reprenden por ello, yo siempre digo que de mi boca no saldrán jamás recomendaciones contrarias a las de la OMS y que puedan perjudicar a la madre y al bebé durante el parto. Las mujeres saben parir si se les deja, y pienso que en realidad necesitan más una despreparación maternal que una preparación.

INMA MARCOS, COMADRONA

Cuando una mujer decide parir en casa ayudada por una comadrona y lo anuncia en sus consultas prenatales, con frecuencia el sistema médico continúa ejerciendo su influencia a través de la culpabilidad que trata de despertar en la madre...

y en la comadrona. Para ello, únicamente hacen referencia al peligro que supone no contar con un servicio de urgencia, pero se omite las ventajas que supone para la madre verse libre de interferencias inhibitorias e intervenciones innecesarias durante el parto. Además, las comadronas que trasladan a la madre al hospital durante el parto, una decisión sensata que pueden verse obligadas a tomar en algún caso, con frecuencia se exponen a la crítica, cuando no al ridículo. Hay que estar realmente muy informado y preparado, o haber sufrido un parto hospitalario anterior, para resistir dicha presión.

Los cursos de preparación para el parto son una pieza clave en el proceso de domesticación. Pero también puede servir para tomar el pulso al hospital y verle a tiempo «las orejas al lobo». Es el caso de Beatriz.

Me gustaría contaros la historia de mi embarazo y mi parto, que, por suerte para mí y mi hijo, no se parece a muchas de las que he leído por aquí. Yo me quedé embarazada en julio y empecé a llevar lo del embarazo como casi todas, por la Seguridad Social. Los primeros meses tuve muchas náuseas y, a finales de septiembre, tras un día de vómitos constantes, acabé en urgencias. Me recetan un medicamento. Como tengo la mala costumbre de leerme los prospectos, veo que pone que no te garantizan que no vaya a tener efectos teratogénicos. Decido no tomarlo. Primera «sorpresa médica» y primer choque con la sanidad, la familia, etc. Mi médico que dice que «si no le voy a hacer caso, que para que voy a su consulta»; mi madre, «que le hagas caso a los médicos, que ellos saben más, que te va a ir mal, pobrecito tu hijo...».

Ahí más o menos me empiezo a mosquear y a buscar información sobre el embarazo, el parto, etc., con lo que el susto empieza a ser mayúsculo.

En enero empieza el curso de preparación para el parto. Más sorpresas: a mi marido no le dejan asistir. En la primera sesión, la comadrona nos cuenta el protocolo: monitorización, afeitado, enema, episiotomía, goteo, etc. Salgo de allí asustada y no vuelvo más. Me empiezo a plantear dar a luz en casa, pero la familia no quiere ni oír hablar del tema.

Finales de febrero, me hacen una ecografía y la médica me dice que mi hijo es demasiado grande y que lo mío va a ser cesárea. Salgo de allí completamente cabreada, diciendo que la cesárea se la tendrían que hacer a la médica en el cráneo para extirparle el cerebro. Mi marido, muy conciliador, decide ir a atención al paciente, donde una señora muy «amable» nos cuenta otra vez el protocolo y nos vende las maravillas de la epidural. Le digo que no quiero epidural, ni episiotomía, ni nada que empiece por «epi» y me llama «mala madre», irresponsable y alguna lindeza más. Además me dice que los niños que nacen por cesárea son mucho más guapos, porque nacen con la cabecita más redondita. Mi asombro no tiene límites y mi pánico al hospital crece por segundos. A pesar de lo poco que me queda para dar a luz, decido tener a mi hijo en casa. Mi marido me apoya y buscamos ayuda. Encontramos Génesis, donde deciden que, a pesar de la falta de tiempo, se hacen cargo de mi parto.

A partir de ese momento, me entra una relajación total, como si me hubiera quitado un peso de encima. Mi marido, psicólogo de profesión, me ayuda en la preparación para el parto mediante técnicas de relajación e hipnosis, y los dos estamos contentos y convencidos de lo que hacemos. No se lo contamos a nadie, salvo a mi madre, que está de acuerdo y además va a asistir al parto.

Durante el mes de marzo y abril, me citan en la Seguridad Social cinco veces para hacerme ecografías y, en todas y cada una de ellas, me sugieren que habría que provocar el parto, porque dicen que hay poco líquido amniótico. Digo que no, y siempre me dicen: «Bueno, vamos a darle una semana más». En la última visita al tocólogo, le digo que no me dé cita para la monitorización, porque voy a dar a luz en casa. El tocólogo dice que vale, la matrona nos llama irresponsables y nos cuenta que a ella una vez la quisieron meter en un «grupo de locas de esas que atienden partos en casa». Lo dice como si la hubieran querido abducir los extraterrestres.

El 22 de abril, a las once y media aproximadamente, nos vamos a la cama, que al día siguiente hay que trabajar. No consigo dormirme, estoy incómoda. La una y veinte, notó un golpe fuerte en la tripa y un ruido como el rasgar de una tela: me levanto para ir al baño y veo que he roto aguas. Se lo digo a mi marido, que se quiere ir a dar un paseo al parque.

Le digo que no, porque es la una y media de la madrugada. Me dedico a sacar la lavadora, poner el lavavajillas, ordenar la casa, etc. A las tres más o menos, me acuesto, acabo de empezar con las contracciones. Avisamos a la comadrona y nos vamos a la cama.

Intentamos cronometrarlas y nos quedamos dormidos los dos. A las cinco y media, me despierto con unas ganas espantosas de empujar, y pienso: «No puede ser, las primerizas tardan mucho más en dilatar». Me paso diez minutos jadeando para no empujar y al final le grito a mi marido: «¡llama a Pepa, que lo sueltooooo!». A las seis ya está aquí la comadrona, buscamos el sitio más cómodo, que acabó siendo la cama, y a parir.

Recuerdo haberme reído mucho durante el parto y haber bebido mucha agua. Hasta recuerdo haber pensado que los vecinos nos iban a denunciar por maltrato doméstico, porque yo daba unos berridos impresionantes, a pesar de que no lo recuerdo como algo doloroso. A las siete y cuarto, Mario ya había asomado la cabeza, y poco después salió el resto del cuerpo. Lo sostuve mientras aún tenía las piernas dentro de mí, y mi marido acabó de sacarlo. Fue el momento más maravilloso que he vivido nunca. Después se quedó tumbado encima de mi cuerpo hasta que el cordón umbilical dejó de latir (una media hora o algo más). Luego Basi, mi marido, cortó el cordón y, en dos o tres minutos, eché la placenta. Tuve un pequeño desgarro superficial de menos de medio centímetro que se curó solo en pocos días.

A la hora y media del parto, me estaba duchando yo solita, de pie y sin ayuda de nadie y, tres días después, me subí de un tirón los cinco pisos del Registro Civil de Madrid con mi hijo en brazos para registrarlo.

Al final, ni hacía falta cesárea, ni episiotomía, ni goteo, ni nada de nada de lo que me habían contado. Estoy muy contenta y muy orgullosa de haber tenido a mi hijo en casa, de forma natural, aunque la mayoría de la gente me dice que estoy loca y que soy una irresponsable. Mi suegra, cada vez que me ve, me dice que me tenía que haber ido al hospital y que no se me vaya a ocurrir hacer lo mismo con el próximo. Evidentemente, sí que lo haré, si las circunstancias lo permiten.

Durante estos meses, he leído algunas de las historias desgarradoras que habéis contado aquí ([www.eListas.net/lista/apoyo-cesareas](http://www.eListas.net/lista/apoyo-cesareas)) y no puedo evitar pensar que si no fuera por esta lista y otras iniciativas parecidas, la mía podría ser una de ellas, así que quiero daros las gracias, en mi nombre y en el de Mario.

BEATRIZ

Marsden Wagner, ex director del Departamento de Maternidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirmaba en un congreso:

Puesto que los países en el nuevo milenio se están alejando poco a poco de los restos del feudalismo médico en su sociedad y caminan hacia unos servicios sanitarios democráticos, el sistema autoritario de atención al parto que encontramos hoy se convertirá en una situación cada vez más difícil de sostener. No se puede engañar por siempre a la gente. El público demanda, cada vez más, unos servicios de maternidad más transparentes, y los médicos y los hospitales deben rendir cuentas.

Para saber más:

---

**Artículos:**

- «Autistic and developmental disorders after general anaesthetic delivery.» R. Hattori *Lancet*, 1991.
- «Prejuicios asesinos.» Rosa Montero, *El País*, 2005.
- «El posible efecto nocebo del cuidado perinatal.» Michel Odent. Primal Health Research Centre. [www.holistika.net](http://www.holistika.net)
- «La ofensiva contra el parto normal: una campaña de desinformación obstétrica.» *Ob Stare* n.º 17, verano 2005. Texto en inglés: [www.midwiferytoday.com/articles/disinformation.asp](http://www.midwiferytoday.com/articles/disinformation.asp)
- «Violencia médica.» Luis Carlos Restrepo. [www.terapianeural.com/Articulos/Violencia\\_medica.htm](http://www.terapianeural.com/Articulos/Violencia_medica.htm)
- «La humanización del nacimiento es una obligación legal.» Francisca Fernández. Ponencia presentada en el Congreso de *Ob Stare*, octubre 2005. [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org)
- «¿Por qué la verticalidad?» Eva Giberti.
- «Nosotras parimos, nosotras decidimos.» Francisca Fernández. Conferencia pronunciada en la Feria Biocultura de Madrid, 2003.
- «El poder hegemónico del médico en situación de embarazos y partos.» Eva Giberti. [www.evagiberti.com/articulos/genero25.shtml](http://www.evagiberti.com/articulos/genero25.shtml)
- «El nacimiento en el próximo milenio.» Marsden Wagner. Congreso de Parto en Casa. Jerez, 2002. Libro de ponencias. Ed. *Ob Stare*.
- «Relacionamiento médico.» Marcos Leites dos Santos. Curso dictado en la Casa de Brasil de Madrid, noviembre 2004.



## Libros:

*Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer.* Christianne Northrup. Ed. Urano.

«*Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers*». Barbara Ehrenreich y Deirdre English. [www.tmh.floonet.net/articles/witches.html](http://www.tmh.floonet.net/articles/witches.html)

*Por su propio bien, 150 años de consejos de expertos a las mujeres.* Barbara Ehrenreich y Deirdre English. Taurus, Madrid, 1990.

*¿Nacer por cesárea?* Ibone Olza y Enrique Lebrero. Ediciones Granica Barcelona, 2005.

*Essential exercises for the childbearing year.* Elizabeth Noble. Houghton & Mifflin, 1995.

*Mirages of health: utopias, progress and biological change.* René Dubos. Harper & Row. Nueva York, 1959.

*Historia universal de la medicina.* Pedro Laín Entralgo. Salvat.

*The death of nature.* Carolyn Merchant. Harper Collins publishing.

*Biopiratería.* Vandana Shiva. Icaria. Barcelona, 2001.

*Parir con pasión.* Carlos Burgo.





## Buen trato, mal trato

Una de las principales quejas de las mujeres y sus parejas en lo que respecta a la atención al parto se refiere a la calidad del trato que reciben. La obstetricia es la especialidad con más denuncias por parte de las familias. En su mayor vía, están relacionadas no tanto con la asistencia, como con la forma en que se han sentido tratadas las madres y sus familias.

En todas las áreas de la vida, hay personas más o menos amables, más o menos respetuosas, mejor o peor dotadas para la relación con los demás. Pero no tiene el mismo impacto el talante con el que nos atiende —pongamos por caso— un funcionario del ayuntamiento, o incluso el técnico que nos hace una radiografía, que la persona que te va a ayudar a traer a tu hijo al mundo. Aun así, sería impensable que un funcionario de un ayuntamiento se atreviera a tratar a un ciudadano de la forma en que demasiado a menudo se trata a la parturienta y sus familiares en los hospitales.

Esta no es una cuestión menor. Afortunadamente, hay muchos buenos profesionales dentro de la sanidad, tanto matronas como ginecólogos. También hay profesionales respetuosos y delicados en el trato a la mujer, aunque técnicamente continúen trabajando dentro del paradigma de la obstetricia intervencionista. Pero luego están esos otros profesionales cuyo trato a la mujer constituye en sí mismo un factor de riesgo. «Una mirada poco amable es suficiente para que una mujer no dilate», afirma la comadrona Ina May Gaskin. Todos los implicados en la atención al parto saben que esto es una realidad que inevitablemente conduce a la siguiente pregunta: ¿Qué es lo que hace que profesionales escasamente dotados para la relación con las personas escojan una profesión en la que

la calidad humana del trato es un elemento clave de la atención? Este es un aspecto importante a considerar. En otros países, los profesionales que atienden partos no solamente tienen que aprobar unos estudios. También pasan un riguroso proceso de selección en el que se valoran no únicamente los conocimientos técnicos, sino también sus cualidades humanas, su talante personal, sus actitudes, sus habilidades de comunicación.

El modo de funcionamiento de los centros hospitalarios, centrado en los aspectos técnicos, y el carácter jerárquico de la relación entre profesionales y usuarios hace que las actitudes poco respetuosas o autoritarias de ciertos profesionales pasen desapercibidas y ni siquiera se detecten como lo que son: una forma de maltrato. Estas actitudes irrespetuosas pueden llegar a su máximo grado cuando la mujer se atreve a expresar su dolor, o ella y su pareja se atreven a preguntar acerca de lo que se les está haciendo o solicitar que no se les haga alguna rutina innecesaria.

El parto es un acontecimiento íntimo y sexual, en el que la mujer necesita abrirse, desinhibirse, dar rienda suelta a sus aspectos más instintivos, abstraerse de lo que la rodea, rendirse a la experiencia. Esto solamente puede hacerse en condiciones de intimidad, confort físico y seguridad emocional, condiciones que hacen el parto más seguro y fluido. Un mal gesto, una mirada hostil, una frase desafortunada, una actitud prepotente pueden hacer que el parto se interrumpa y complique. La calidad humana y la categoría personal de los profesionales tienen, en el ámbito de la atención al parto, un calado mucho más profundo que en otras áreas de la medicina. Las actitudes de los profesionales que atienden a la mujer en ese momento tan especial influyen directamente en su estado emocional, y de este depende no solamente la calidad de su experiencia, sino incluso la seguridad del parto: ninguna mamífera que se sienta amenazada, asustada, cohibida o enfadada puede dilatar bien y dar a luz de forma segura. Un profesional irrespetuoso, desconsiderado o prepotente es un factor de riesgo en el paritorio. Por eso, la OMS, en sus «Cuidados en el parto normal: Guía práctica», incluye el «seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto y el posparto» entre

las «prácticas que son claramente útiles y que deberían ser promovidas».

El hecho es que situaciones que en cualquier otro ámbito serían consideradas intolerables, en los paritorios suceden todos los días. Prácticas muy negativas para las mujeres y los bebés no solamente se practican a menudo sin necesidad, sino que con frecuencia se imponen con malos modales y, en ocasiones, con un manifiesto abuso de poder. Mujeres imposibilitadas para continuar dilatando en un medio hostil se ven en la tesitura de rematar la experiencia con métodos expeditivos y cruentos. Muchas de ellas sienten que se les ha robado su parto y de paso su dignidad.

Es difícil saber dónde está la línea divisoria que separa la crudeza de las rutinas hospitalarias innecesarias de la rudeza de ciertas actitudes. En la mayoría de los casos, el efecto de ambas se amalgaman en una experiencia que muchas mujeres encajan como una auténtica agresión, aun a pesar de afirmar haber tenido «un buen parto», visto desde el punto de vista de lo que se considera «normal». Muchas mujeres sufren un choque postraumático, a menudo diagnosticado como «depresión posparto», que resulta aún más doloroso, desconcertante y autoculpabilizador debido a la negación que de esos sentimientos se produce desde el entorno: «¿De qué te quejas si tienes un bebé sano?», se les dice. Muchas no solamente se sienten mal, sino además culpables por sentirse así. «Hablar de partos en nuestra sociedad es hablar de maltrato a la mujer, de deshumanización y de falta de respeto», afirma la psicóloga Laura Gutman.

Estos son unos pocos testimonios verídicos de mujeres que han tenido «partos normales», en muchos casos en grandes hospitales considerados buques insignia de la sanidad española. Son una pequeña selección de las historias que muchas madres han contado en espacios en los que se pueden expresar.

- Durante mi estancia en el hospital y sobre todo durante la operación, me sentí humillada varias veces, a pesar del colocón químico. Hubo comentarios que me hirieron

más que el bisturí y mi autoestima bajó dos pisos. Sentí invadida mi intimidad (lo más «sagrado» para mí). Me sentí inútil mirando al techo horas y horas mientras pensaba en mi hija metida en una caja transparente debido a una cesárea programada demasiado pronto. Estaba cansada de que me manejaran y cuando todo terminó, la sensación que me quedó no fue la de haber parido, sino la de que me habían robado la mejor experiencia de mi vida.

CRISTINA LÓPEZ

- La dilatación era total y me decían que si tenía ganas de empujar, lo hiciera sin miedo, que el bebé estaba demasiado alto. Yo ya ni me tenía en pie con la fiebre y no tenía ganas de empujar, solamente dolores. Me llevaron al paritorio y se me subieron dos señoras encima para tratar de bajar al bebé (los cardenales posteriores son para un libro). Yo ya no podía más, trataron de sacarlo con ventosa pero mi bebé traía un hombro por delante, así que no había manera de colocarlo y en las contracciones se retraía. Entonces una enfermera detectó sufrimiento fetal, a lo que la doctora respondió: «Cómo no va a sufrir el feto con la madre que tiene, que ni sabe empujar». Me llevaron al quirófano y mi bebé nació por cesárea. Tenía neumonía y estaba muy grave, por lo que lo llevaron a la UCI.
- Cambiaron el turno. Hacia las nueve de la mañana, me suministraron la oxitocina. A mí no me consultaron nada. ¿Tienen que hacerlo? Fui yo quien preguntó qué me ponían y no dije nada más, ya que creí que dicha intervención iba a ayudar a que todo fuera mejor. Fue exactamente al contrario. Al poco tiempo, me rompieron la bolsa, lo que me resultó muy, muy desagradable. Entonces todo empezó a sucederse como muy deprisa, aunque pasó bastante tiempo. Las contracciones se incrementaron súbitamente y cada vez eran más dolo-

rosas. Vomité. Me sondaron. Yo me sentía muy mal. No conseguía controlar la respiración. Sentí que necesitaba ayuda pero que estaba sola ante algo completamente desconocido para mí. Me desanimé. Perdí todo control de mí misma y de la situación. A partir de ese momento, ya no era consciente de que mi bebé iba a nacer y solamente pensaba cómo encarar la siguiente contracción. Pasó el nuevo médico y quiso hacerme un tacto con los estudiantes de turno presentes. Me resultó muy difícil relajarme. Me echó una bronca que ni os explico y mi ansiedad iba aumentando por momentos. Entonces el corazón del bebé latía, parece ser, más despacio de lo «normal».

NEUS YLL, LÉRIDA

- El anestesista, además, me echó la bronca porque «como estás muy gorda, es difícil encontrar la médula». Ahí no me callé. Me molesta que se metan con mi peso. Bastante tengo yo con aceptarme como soy... También estaban dos matronas, un anestesista, una neonatóloga y dos celadores (esperando en la puerta, abierta de par en par) con la incubadora para mis hijos... Los ginecólogos de planta apenas se paraban a verme. Un masaje salvaje sobre la cicatriz para ver si el útero se estaba contrayendo y poco más. En cuanto me dijeron que si quería, podía irme a casa, firmé el alta. Quería alejarme de allí cuanto antes.
- El doctor que lo hizo me ordenó que no me moviera con bastantes malas maneras. No sé qué quería de una persona que llegaba asustada por primera vez a un quirófano, a las tres de la mañana, medio desnuda y con aire acondicionado, con dos personas que eran como autómatas... Lo peor, sin embargo, es lo humillada y frustrada que me siento por todo lo ocurrido, y creo tener derecho, al menos, a que se me dé una explicación. No recibí información, ni se me consultó sobre la intervención a la que se me iba a someter. El «consentimiento informado» lo

firmé en cuanto entré en la habitación, es decir, doce horas antes de que hubiera una aparente causa para ello. Además, no consta la razón de ese consentimiento, está en blanco. La ginecóloga, una persona insensible, torpe e irrespetuosa, abusó de mi condición de inferioridad y no me dejó parir. Decidió una cesárea sin consultarme a mí, ni a mi marido, con el consiguiente riesgo que supone una operación de cirugía mayor. No había ninguna causa para ello, ¿cómo comprobó que había desproporción? ¿Preguntándome el peso aproximado en la última ecografía, cuando me negué a la monitorización interna? Las presiones y malos modos que he sufrido han sido especialmente crueles teniendo en cuenta mi situación de inferioridad, debilidad y tensión psíquica. Son éticamente deplorables e impropias de personas dedicadas a la medicina.

CAROLINA

- Me amenazaron con la vida de mi hija, que si no me hacía la cesárea, ella entraría en sufrimiento fetal, que si no estaba de acuerdo, que me fuera pero que con esas contracciones (consecuencia de la oxitocina intravenosa que me habían puesto) era una inconsciente, que él se lavaba las manos. Qué situación horrible era, según él decía, darme mi «capricho de esperar» o salvar la vida de mi hija (¡que ni siquiera estaba en bradicardia ni nada!). Tenía un útero sano, fue un embarazo precioso, todo ideal para un nacimiento normal... Lo supe siempre, era la candidata ideal a rajar, delgadita, sana, ¿qué cirujano no quiere a alguien así de paciente?
- Escuchaba los gritos de la chica que estaba pariendo en aquellos momentos y me daba una envidia tremenda, a pesar de que eran demasiado. Luego me enteré de que le estaban metiendo los fórceps, según la doctora, porque «se había portado mal y había dejado de empujar cuando su bebé más lo necesitaba».



- Solicité monitorización externa, lo que causó una gran perturbación a la comadrona, ya que al parecer, uno de los hospitales más importantes de España solamente dispone de dos cinturones. A regañadientes lo pusieron, pero más tarde volvieron a intentar la monitorización interna en contra de mi voluntad, volviendo a someterme nuevamente a tortura. Una de las auxiliares comentó que esa operación se hace con tres centímetros de dilatación y la paciente aún no presentaba dilatación. A esto la comadrona replicó: «Tú eres una auxiliar y aquí mando yo». La otra agachó la cabeza y se fue.

ESTHER

- Me llevan al paritorio. Allí hay una matrona jovencita que me ofrece más confianza que la de los gritos, así que le pido si me puede atender ella. Dice que sí, «si le obedezco». Yo les digo a ella y a la ginecóloga que me informen de todo lo que me vayan a hacer y que intenten evitar la episiotomía por todos los medios. Les digo que quiero levantar el respaldo de la camilla y dicen que no, que aunque ahora sea «moda» rechazar la posición horizontal, es la mejor. Se monta un corrillo en el que hasta la auxiliar opina que a ver quién «nos está metiendo a las mujeres en la cabeza» esa idea del parto tan utópica. Ya estoy muy cansada, solamente quiero ver a mi hija. Así que me tumbo.

CRISTINA GALDO

- Ahora mi niña tiene quince meses y pienso que el tenerla conmigo no justifica el montón de salvajadas que a mi juicio me hicieron la noche en que nació. Me habían dicho que hoy en día duelen más los puntos que el propio parto, que no te enteras de nada si no quieres, pero que para eso tienes que colaborar con los médicos, etc. Que te rasuran para evitar infecciones, pero a mí me cortaron al rasurarme. Que tienes que hacer lo que te

manden (a mí en el paritorio llegó un momento en que la única indicación que me dieron fue la de no gritar). Que te cortan el periné para que no te desgarres, pero a mí me cortaron antes de que la niña tocara siquiera el periné. Que para hacerte una ventosa, te duermen. Me contaron tantas mentiras, y yo me las creí todas... Luego llegan tus familiares y te felicitan por el parto tan estupendo que has tenido, qué rapidez, qué limpieza, qué niña tan guapa aunque tenga la marquita del electrodo en la cara, la cazoleta de la ventosa marcada a modo de tonsura clerical y una marca encima de cada oreja de lo que ellos sabrán qué usaron. En el informe pusieron «parto con ventosa bajo anestesia epidural». Uno de tantos.

CECILIA DÍAZ

Para saber más:

---

### **Artículos:**

«Nosotras parimos, nosotras decidimos.» Francisca Fernández [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org)

«Maltrato sistemático a embarazadas.» Marcela Valente. Mujeres hoy. [www.mujereshoy.com/secciones/2754.shtml](http://www.mujereshoy.com/secciones/2754.shtml)

«¿Qué fue lo peor? Testimonios de cesáreas recopilados por la Doctora Olza.» [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org)

Historias de partos en: [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org) y [www.holistika.net](http://www.holistika.net)

«Humillación y maltrato en el parto hospitalario.» Gabriela Cob. [www.cosmovisiones.com/primal/t\\_viol01.html](http://www.cosmovisiones.com/primal/t_viol01.html)

«La humanización del nacimiento es una obligación legal.» Francisca Fernández. [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org)

### **Libros:**

*El lado oscuro de las nueve lunas.* Beatriz Morrone. Universidad Nacional de Mar del Plata.

*La maternidad y el encuentro con la propia sombra.* Laura Gutman. RBA, 2006





## A propósito del vínculo

### La importancia del apego

El vínculo madre-hijo es un fenómeno universal en la Naturaleza. Tras el nacimiento de los mamíferos, el estado hormonal de la madre y la cría aseguran la reanudación del vínculo amoroso creado en el útero. Es el fenómeno de la impronta, una especie de «troquelado», facilitado por la secreción de oxitocina (hormona del amor), prolactina y endorfinas, el sistema de recompensa que premia con placer todo aquello que es vital para la especie. La impronta no solamente genera un apego intenso entre la madre y la cría, sino que también permite a aquella conectar mejor con su instinto maternal, que tanto va a necesitar para sacar adelante a su cachorro.

El poderoso efecto que las primeras vivencias de los recién nacidos ejercen sobre su desarrollo fue observado por primera vez en animales. Los trabajos de biólogos y zoólogos, y especialmente los de Konrad Lorenz, pusieron de manifiesto lo que no supimos apreciar en nosotros, esto es, la existencia de una etapa crítica tras el nacimiento, un momento mágico para el que cada especie tiene una serie de ritos y conductas específicamente programadas, que madres y recién nacidos nunca dejan de realizar si tienen la oportunidad, y cuya inhibición tiene consecuencias apenas atisbadas. Su finalidad es siempre la supervivencia y el mejor desarrollo de los pequeños a través del vínculo afectivo inmediato y óptimo con la madre, proveedora natural del amor, el alimento y la estimulación que las crías necesitan.

Estos sutiles vínculos se producen tanto más fácilmente cuanto más temprano es el reencuentro tras el parto, y es una

versión más evolucionada de lo que les ocurre a los animales inferiores, como las aves. Konrad Lorenz comprobó que los bebés de oca quedaban apegados de por vida al primer animal grande con el que entraban en contacto tras su nacimiento. Normalmente, este animal más grande es la madre, pero no pocos bebés de oca quedaron apegados al mismo Lorenz, a quien seguían a todas partes, por ser el primer gran objeto que vieron al nacer.

Esta primera «impresión» que recibe el recién nacido se llama impronta porque, de alguna forma, constituye una estructura básica sobre la que se articula el desarrollo de funciones y habilidades necesarias para sobrevivir, relacionarse y reproducirse.

Uno de los muchos experimentos que se han realizado sobre la importancia de la impronta y de las experiencias tempranas de los recién nacidos fue el llevado a cabo por Muriel Beadle y sus colegas. Unos corderos recién nacidos fueron separados de sus madres tras el nacimiento, siéndoles devueltos veinticuatro horas después. Si se les separaba durante tanto tiempo, las madres ya no eran capaces de reconocer a sus hijos, aunque algunas pudieron ser inducidas a amamantar, como en otras circunstancias en que una hembra lista para amamantar «adopta» a un cachorro, aunque sea de otra especie. Pero incluso si la madre oveja «adoptaba» a su cachorro veinticuatro horas después, el cordero se convertía al crecer en una oveja anormal, incapaz de separarse de su madre y funcionar por su cuenta, de jugar solo o con otras ovejas, de comunicarse e integrarse en el rebaño, y de reproducirse.

Estos experimentos han sido repetidos una y otra vez con diferentes especies, y los resultados son siempre similares: dificultades para funcionar autónoma y eficazmente, dificultades de integración con el resto del grupo, incapacidad para aparearse y reproducirse, o, en caso de lograrlo, de cuidar de las propias crías. En un plano más fisiológico, cuando se impide a una madre mamífera lamer a su recién nacido tras el parto existe el riesgo de que el cachorro muera por un fallo gastrointestinal y/o genitourinario.

## La impronta de la especie más inteligente

Podría pensarse que lo que es bueno para los animales puede ser innecesario para el ser humano, dada su condición de animal racional, el más inteligente de la creación. Pero parece que no es así.

La mayoría de los cachorros mamíferos nace con un cierto grado de madurez, lo que le permite caminar casi inmediatamente y aventurarse fuera del nido o de la guarida en un tiempo relativamente corto. Aun así, las madres están solícitamente a disposición de sus cachorros hasta que estos adquieren autonomía.

El ser humano, en cambio, está lejos de tener la más mínima autonomía cuando nace. A medida que la especie humana fue evolucionando de homínido hasta convertirse en la especie inteligente que es, se fueron produciendo cambios morfológicos que habrían de tener consecuencias en la forma de nacer. La verticalización de la postura y el crecimiento del tamaño de la cabeza para albergar un cerebro más voluminoso hicieron el parto de los humanos más complicado y arriesgado. Como bien recoge Ashley Montagu, la gestación de los individuos humanos, habida cuenta de la duración de los períodos de desarrollo posnatal, debería durar unos veintidós meses y no nueve. Pero un parto tras una gestación tan larga sería inviable, de modo que la Naturaleza ha resuelto la ecuación adelantando el parto. La mujer da a luz, al límite de su capacidad, a un ser prematuro, que completa su gestación fuera del útero. Eso hace que los meses siguientes al nacimiento del bebé se consideren de auténtica «gestación fuera del útero» o «exterogestación», en la que el contacto estrecho entre madre e hijo cumple una función fundamental para su desarrollo.

En las diferentes especies, la intensidad de la relación de dependencia y la duración de la crianza están en relación con el grado de desarrollo cerebral que debe ocurrir *después* del nacimiento. Las crías de chimpancés, por ejemplo, nacen con un 65 por ciento de su capacidad cerebral, y nuestros antepasados australopitecos, con un 50, pero el bebé humano nace con apenas un 25 por ciento de la misma. Esto quiere decir

que la especie humana es la que mayor desarrollo cerebral experimenta después del nacimiento, la mayor parte del cual ocurre en esa etapa de estrecha dependencia de la madre. Es su condición de prematura lo que hace a la criatura humana nacer tan indefensa e inmadura, como se pone de manifiesto en la inmadurez de sus sistemas enzimáticos o inmunológicos, en el bajo nivel de mielinización de sus neuronas, o en la incapacidad de incorporarse hasta pasados varios meses o de caminar antes de un año.

Dicho de otro modo, el niño nace a medio hacer y completa su gestación interna, que dura entre nueve meses, con una gestación externa, que dura otros entre nueve y doce meses, hasta que comienza a caminar. En esta «gestación externa», la dependencia del bebé de su madre es total, y el niño mantiene un cordón umbilical alimenticio y emocional con ella a través del pecho. Este no solamente le alimenta, sino que nutre y renueva el vínculo madre-hijo a través de las hormonas de amor y apego que se producen en cada toma: oxitocina, prolactina y endorfinas.

La misión de la madre humana es mucho más compleja que la de cualquier otra especie. Por todo ello, si es importante no quebrar el vínculo posnacimiento de las mamíferas con sus crías, más importante aún es preservar el vínculo de las madres humanas con sus hijos, evitando en lo posible un nacimiento traumático y separador, en un momento crítico en el que el bebé no nace plenamente, sino que cambia una gestación interna por una externa, y en el que, en ningún caso, está preparado para enfrentarse a la separación. Como afirma Rof Carballo, refiriéndose a la ternura: «Cualidad antes apenas atendida o desdeñada, pasa al primer término desde el momento que se descubre que el hombre debe su grandeza a su extrema invalidez cuando nace, prematuramente, y a la necesidad que tiene de ser tutelado y acariciado».

Por ello, tan importante como dar a luz y nacer en unas condiciones y un entorno óptimo es conceder la importancia que tiene al «maternaje», que recibe su primer gran impulso en el «flechazo» que experimentan madre y bebé tras el nacimiento, cuando se ha producido en intimidad y libertad.



Mucha de esta cultura del maternaje se ha visto seriamente afectada por la del biberón, ya que la lactancia materna es una parte importante de esta «gestación prolongada» y su función es mucho más amplia que la de nutrir físicamente al bebé.

Cuando una madre no ha podido vivir el ámbito instintivo, emocional y afectivo del nacimiento, cuando además ha experimentado una separación tras este, le resulta más difícil vincularse con su bebé, conectar con sus verdaderas necesidades, confiar en su intuición de madre. En esas circunstancias, y dado el escaso apoyo de que disponen las madres en la sociedad moderna, es frecuente que acaben con sus dudas en la consulta del pediatra, exponiéndose a recibir consejos que a menudo interfieren seriamente la relación con su bebé, como el de aplicar métodos de crianza de corte conductista cuyo objetivo es conseguir que los niños «no den la lata». Son esos métodos para obligarles a dormir solos a base de dejarlos llorar, o no cogerles «para que no se acostumbren». Son consejos con los que se ha confundido a las madres de las últimas generaciones, negando a los bebés la satisfacción de sus necesidades afectivas y de contacto y pretendiendo obligarlos a adaptarse al ritmo y conveniencia de los mayores. Dice Casilda Rodríguez en su libro *Asalto al Hades*:

Lo que sucede (tras el parto) es que para cuando devuelven a la criatura a su madre al cabo de unas horas, cuando la madre ya está en su habitación, lavada y recompuesta, el cuerpo materno ha absorbido ya las descargas de oxitocina sin proyectar la libido hacia el cuerpo de la criatura. Se ha pasado el tiempo del co-nacimiento, del reajuste del nuevo estado de simbiosis y de acoplamiento del pulso y del aliento. Se produce un encuentro sin atracción libidinal, y empieza el «amor materno» que sale de la cabeza, que cree en lo que debe ser, y del corazón que sigue a la cabeza, pero no del vientre vivo que no podría ser engañado con ninguna razón. Se produce el «amor» compatible con dejar a la criatura llorar en la cuna y darle el pecho o el biberón cada tres horas... Entendida la exterogestación como simbiosis... No resulta extraño entonces que pasado ese primer año de vida las criaturas crecidas sin esa simbiosis y, por tanto, en un estado de

inhibición y bloqueo, manifiesten el anhelo latente de la simbiosis; y sean mucho más exigentes de contacto físico que las que han crecido en simbiosis y no sienten esa carencia.

## ¿Existe el vínculo prenatal?

Muchas mujeres recuerdan su embarazo como una época de especial plenitud, a pesar de las incomodidades. Sea ello debido al torbellino hormonal de la gestación o a la felicidad de estar gestando a un bebé deseado, lo cierto es que muchas mujeres ven similitudes entre la placidez y plenitud del embarazo y lo que se siente cuando uno está enamorado.

¿Existe un vínculo emocional madre-bebé ya desde el útero? En apariencia, esta es una pregunta inocente. Si la hiciéramos en un curso de preparación para el parto, muchas embarazadas pensarían que sí, que se sienten muy unidas a sus bebés. Pero quizá tendrían reparos en admitirlo abiertamente. Y es que mientras encontramos ese equilibrio preciso entre razón e instinto, entre vida profesional y familiar, en muchos ámbitos se sigue poniendo más énfasis en desmitificar la maternidad y empujar hacia la independencia emocional a los niños que en reconocer la importancia y proteger el vínculo madre-hijo, en la actualidad poco cotizado socialmente.

Durante muchos años, las intuiciones de las madres han ido por derroteros muy diferentes a los de la psicología, que consideraba al bebé un ser un poco insensible, sin acabar de hacer, a medio camino entre el animal y el humano. Una creencia que está en el origen de la crudeza de ciertas rutinas hospitalarias con los recién nacidos.

Sin embargo, las investigaciones llevadas a cabo por la psicología perinatal han dado un vuelco a los postulados sobre los bebés. El doctor David Chamberlain, psicólogo perinatal y autor de *La mente del bebé recién nacido*, fue uno de los primeros en investigar este fascinante tema, después de observar una y otra vez cómo sus pacientes sometidos a hipnosis eran capaces de explicar con todo lujo de detalles no solamente cómo nacieron, sino también lo que sintieron, desearon o in-

cluso pensaron. Esta línea de investigación confirmó lo que las madres ya sabían desde siempre: que los bebés sienten no ya desde que nacen, sino incluso mucho antes, y que lo más importante cuando nacen es permanecer junto a su madre.

En la naturaleza no existe proceso alguno que pueda parecerse al encendido de un interruptor para el comienzo de una función biológica. La urgencia de ser acogido y de contacto físico y emocional del recién nacido con su madre se debe a la necesidad de no romper el estado de simbiosis en el que se ha desarrollado el bebé en el útero, durante ese «paso del ecuador» entre los dos períodos de gestación, interna y externa, que es el nacimiento.

El bebé nace con sus sentidos bastante desarrollados y su sistema nervioso con un cierto grado de maduración. Si bien las funciones del sistema nervioso vegetativo y del sistema límbico están casi desarrolladas y terminan de madurar en la primera infancia, las funciones de la corteza cerebral lo van haciendo paulatinamente, desde el período de la gestación hasta la pubertad.

Pero el desarrollo nervioso que tiene lugar durante la gestación no depende solamente del programa genético que hereda el bebé. El entorno uterino cumple una función moldeadora que se ha revelado como fundamental y que llena de mayor significado la función de la madre. El entorno uterino constituye para el bebé en desarrollo un universo sensorial que le influye y al que debe adaptarse. Los estímulos de todo tipo que le llegan durante su etapa prenatal constituyen de hecho una fuente de estimulación constante para su desarrollo físico y neuronal. Cada movimiento de su madre produce en él un efecto que le ayuda a desarrollar el sistema vestibular del equilibrio. El eco de la voz de su madre constituye, según el prestigioso psicolingüista Alfred Tomatis, el fundamento mismo de su futuro aprendizaje del habla. Los ruidos maternos que le acompañan constantemente (digestión, latidos cardíacos, etc.) son el concierto visceral con cuya influencia madura su sentido del oído. Incluso si se acerca un fuerte foco luminoso al vientre de su madre, el ritmo cardíaco del bebé se altera.

Los estímulos que recibe el bebé durante la gestación no sólo le ayudan a conformar su sistema nervioso, sino que incluso provocan en él respuestas de agrado o desagrado, que son más concretas y complejas a medida que avanza la gestación. Cuando se hace al bebé intrauterino algo que no le gusta, puede dar desde una violenta patada, hasta alejarse, o incluso quedarse completamente inmóvil, como petrificado, lo que suele ocurrir cuando se extrae líquido amniótico para realizar una amniocentesis. Cuando se le somete a un ruido que le resulta desagradable, como, por ejemplo, la música rock, lo más normal es que responda con violentas patadas... que han obligado a más de una gestante a abandonar un concierto a la mitad. Es normal que cuando se pellizca el vientre de la embarazada, o el ginecólogo trata de poner un instrumento sobre su abdomen, el bebé huya inmediatamente del lugar. No le gusta que le presionen. También responde a la ingestión de nicotina, cafeína, alcohol o cualquier droga por parte de la madre, modificando su ritmo de absorción del líquido amniótico.

El útero, pues, no constituye solamente el espacio donde el bebé intrauterino se desarrolla y alimenta, sino también un entorno con el que interactúa, y en el que ensaya su capacidad de percepción, de respuesta y de relación. Pero esto no es todo.

## El poder moldeador de la madre gestante

El bebé se alimenta a través de la sangre de su madre, que le aporta todo lo que necesita para crecer. Pero, además, la sangre de su madre se convierte en el vehículo por el que el niño no tiene más remedio que compartir los estados de ánimo y emociones maternas. Todo estado de ánimo y toda emoción es traducida al plano físico por un estado hormonal determinado, y esas hormonas se transmiten al bebé intrauterino a través de la placenta.

Ello quiere decir que cuando la madre está ansiosa, preocupada, asustada o, por el contrario, sosegada y feliz, el niño

comparte la misma emoción, porque comparte el mismo estado hormonal. Al igual que el entorno uterino influye en el desarrollo físico del feto, las fluctuaciones emocionales son el medio por el que el feto va comenzando a adquirir, a partir de una cierta fase de la gestación, la capacidad para experimentar emociones y una rudimentaria pero creciente conciencia de sí mismo.

El doctor Dominick Purpura, profesor del Albert Einstein Medical College, sitúa el comienzo de una forma rudimentaria de conciencia entre las semanas veintiocho y treinta y dos, momento en que las estructuras neuronales del bebé intrauterino están tan maduras como en un recién nacido. El doctor Verny considera que el ego del niño intrauterino comienza a ser operativo durante el segundo trimestre de embarazo, en el que el sistema nervioso está ya lo suficientemente desarrollado.

Antes de ese tiempo, por lo menos según lo que se sabe hasta hoy, la capacidad de percepción es menor o más difusa. Sin embargo, el poder moldeador del entorno uterino y de las hormonas maternas es el mismo, si no mayor, porque impresionan al feto biológicamente en una fase de desarrollo más temprana y vulnerable.

La influencia de las emociones y de las secreciones hormonales de la madre sobre el bebé en desarrollo pueden ser permanentes, no solo porque inciden en el estado emocional del bebé intrauterino o en su rudimentaria percepción de sí mismo a partir de una cierta fase, sino también en la conformación misma de los tejidos de su cuerpo y de su sistema nervioso y hormonal, que son obligados a constituirse bajo la impronta de un estado hormonal maternal que puede ser favorable o desfavorable.

El hipotálamo, glándula reguladora del conjunto del sistema endocrino y de numerosas funciones del sistema nervioso vegetativo, está plenamente desarrollado a los cuatro meses. Eso quiere decir que el estrés y las condiciones ambientales, nutricionales y hormonales adversas en las etapas tempranas del embarazo pueden influir en su formación, e incidir de alguna forma en la amplísima variedad de funciones del sistema nervioso autónomo reguladas por dicha glándula.

La influencia que la madre ejerce sobre su hijo no nacido es tan importante, que choques emocionales graves ocurridos durante la gestación parecen afectar al niño de una manera más radical que si ocurren después del nacimiento. Un ejemplo es la muerte del cónyuge. En un estudio llevado a cabo por los doctores Huttunen y Niskanen sobre las madres cuyos maridos murieron antes o poco después del nacimiento, se constató una tasa mucho mayor de trastornos psiquiátricos en los niños cuyos padres habían muerto mientras estaban en el útero que en los que los perdieron después del nacimiento. Un choque emocional fuerte en la madre ejerce un impacto mayor durante la gestación que tras el parto, porque el bebé comparte las emociones de su madre de una manera mucho más directa y biológica cuando está en el útero que cuando ya ha nacido.

Momentos de ansiedad o nerviosismo puntuales en la madre no parecen afectar al desarrollo del bebé. Pero una ansiedad extrema o mantenida, y sobre todo que afecte intensamente a la seguridad emocional de la madre, puede influir en el desarrollo físico y psíquico del bebé. De esta manera, el niño que se ha desarrollado constantemente bañado por hormonas maternas de tensión y ansiedad ve incrementada tanto su predisposición emocional como su susceptibilidad biológica a la tensión y la ansiedad. Es posible, por tanto, que ese niño cuando nazca sea más intranquilo e irritable, o padezca trastornos gastrointestinales, o regurgite lo que come, por ejemplo, que son indicios de un sistema nervioso vegetativo sobrecargado.

La predisposición a la ansiedad en el bebé no proviene únicamente de la influencia de las emociones maternas. También pueden influir otros factores, como, por ejemplo, que la madre fume. Según el doctor Verny, existe una fuerte correlación entre el consumo de tabaco por parte de la madre y la conducta neurótica del hijo. Dado que el tabaco disminuye la provisión de oxígeno al feto, el hecho de fumar constituye una fuente importante de estrés para el bebé, para el que el oxígeno es la primera necesidad. Como afirma este doctor, fumar «arroja al bebé a un estado crónico de incertidumbre y miedo: no sabe

cuándo volverá a ocurrir esa desagradable sensación física ni lo dolorosa que será cuando aparezca; únicamente sabe que volverá a ocurrir. Esta es la clase de situación que predispone hacia un tipo de ansiedad profundamente arraigado y condicionado».

Más sorprendente todavía que el mundo de relaciones sensoriales y emocionales que madre e hijo comparten, es que el bebé percibe cuál es la actitud de la madre hacia él. Actitudes que pueden oscilar desde una vivencia positiva del embarazo y un amor por el hijo no nacido, hasta un rechazo del embarazo o actitudes de ambivalencia, parecen ser claramente percibidas por él y tener una profunda influencia en su desarrollo y su futuro psíquico, en el parto y también en el vínculo posterior madre-hijo.

Además de su deseo de maternidad, en la actitud de la madre y en su estado emocional, influyen poderosamente las circunstancias que afectan a su seguridad emocional e incluso física, como posibles conflictos con la pareja, problemas económicos y laborales, conflictos originados por la pérdida de la independencia... Sin embargo, y a pesar de los problemas que pueda afrontar una mujer durante el embarazo, el factor que parece conferir la mayor protección al bebé es que la mujer desee la maternidad y se vincule con él desde la gestación. Según el doctor Verny: «Un firme vínculo intrauterino es la protección fundamental del niño contra los peligros e incertidumbres del mundo exterior, y sus efectos no se limitan al período uterino. En gran medida, dicho vínculo también determina el futuro de la relación madre-hijo». El apoyo y la seguridad emocional que supone tener una buena relación con la pareja es el segundo factor determinante de una buena gestación. Los desequilibrios emocionales y las tensiones de la madre gestante parecen influir en el equilibrio de su hijo en la medida en que son amenazadores para él. Es muy posible que un hijo no deseado experimente a su madre como algo amenazante. La actitud de la madre es, en todos los casos, decisiva. En este sentido, opina el doctor Verny que es muy posible que los niños que se vieron afectados por la viudedad de sus madres durante la gestación lo fueran más por la forma

en que la tragedia modificó la actitud de cada madre hacia su hijo que por la reacción neurohormonal maternal. A pesar del impacto biológico de posibles emociones difíciles, si se mantiene abierta la comunicación con el bebé intrauterino, este puede prosperar psíquicamente.

El vínculo intrauterino madre-hijo no tiene por qué ser consciente. Una mujer embarazada que desea la maternidad está vinculada con su hijo aunque no lo sepa. Sin embargo, conocer la riqueza de la capacidad de percepción del niño da un valor especial a este vínculo y permite a la madre y al padre tener una relación más rica con su bebé desde antes del nacimiento.

La conexión entre madre e hijo tiene una dimensión sutil que no siempre puede ser explicada en términos de hormonas y sistemas nerviosos. Esta comunicación sutil puede incluso estar fuera de la consciencia de la madre, pero es absolutamente real. A este respecto, es interesante reseñar una historia real recogida por el doctor Verny y que denota lo insólito de las capacidades del bebé intrauterino. Una madre fue despertada una noche a causa de las violentas patadas propinadas por su hijo no nacido. Por la mañana, como las patadas continuaban, la mujer telefoneó a su ginecólogo, quien la citó para poco después. Al examinarla, el ginecólogo comprobó que la placenta se estaba desprendiendo, poniendo en peligro la vida del pequeño. En consecuencia, se tomaron medidas para practicar una cesárea de urgencia. Hasta ahí normal. Pero lo más curioso es que una vez diagnosticado el problema, y hasta que se practicó la intervención, el bebé se quedó tranquilo y no volvió a dar más patadas violentas.

Otro caso de conexión sorprendente es el referido por el doctor Lieberman. Este doctor, tras múltiples pruebas, comprobó que el bebé acelera los latidos de su corazón, que es una señal de ansiedad, cuando su madre simplemente piensa en fumar un cigarrillo. Al margen de que el fumar acelere la pulsación cardíaca del bebé, lo que aquí se subraya es que el mero pensamiento de fumar por parte de la madre es suficiente para que el bebé desencadene una respuesta hormonal y nerviosa de alarma, lo que demuestra que la comunicación



madre-bebé es de una naturaleza muy sutil y por supuesto va más allá de lo que la ciencia está en condiciones de entender e incluso a veces de suponer la madre.

Estas experiencias demuestran dos cosas: que existe una conexión mental y emocional de «amplio espectro» entre madre e hijo y que la capacidad del bebé para percibir, y además reaccionar, no ya a un estímulo sensorial —lo que ya se conoce—, sino a un pensamiento, denota un grado de organización cerebral muy notable. ¿Cómo pensar que no percibirá su nacimiento? Sin embargo, como dice Laing: «El rechazo y renuncia al factor telepático desde la etapa prenatal en adelante se ha convertido en un mandamiento para nuestra cultura. La ciencia no permite examinar cualquier proceso mental paralelo porque sería “meta-físico”, y esta, en ciencia, es una palabra sucia».

La forma de vivir el embarazo y la actitud hacia el bebé se manifiestan no solo en el desarrollo del niño, sino también en algo tan inmediato y concreto como el parto. Las mujeres que desean a sus hijos tanto consciente como inconscientemente suelen tener los partos menos problemáticos y niños más sanos física y psíquicamente. Las mujeres que rechazan la maternidad son más propensas a sufrir complicaciones en el parto, y también las que alumbran a niños más problemáticos o enfermizos. Las madres ambivalentes, es decir, que tienen un hijo cediendo a presiones familiares, por ejemplo, pero que en realidad no desean la maternidad, suelen alumbrar a niños más apáticos y aletargados. Parece como si la ambivalencia y confusión de los mensajes maternos provocara una reacción de inhibición e indiferencia en el bebé.

## El vínculo con la madre, el vínculo con la vida

El entorno uterino, con todas sus implicaciones, parece ejercer un efecto decisivo sobre la futura forma de estar en el mundo del niño. El útero, al fin y al cabo, constituye su primer mundo. El niño que se ha desarrollado en un «buen útero», si las condiciones del parto y el posparto también son

cálidas y acogedoras, adquiere una percepción del mundo como un sitio amigable y agradable donde estar. Esto influye positivamente en su confianza en la vida, en su seguridad en sí mismo y alegría de vivir.

Por el contrario, si el entorno uterino es percibido como hostil, y si además el recibimiento tras el parto es el habitual en el hospital (aspiración, colirio irritante en los ojos...), si el bebé es separado de su madre, tenderá a asumir que el mundo es así.

Pero en todos los casos existe una clara correlación entre la calidad del vínculo prenatal y la facilidad del vínculo posnatal, cuando se da la oportunidad para que este se establezca. Según las investigaciones llevadas a cabo por los doctores Kennel y Marshall, que tanto han influido en la comprensión de la importancia del vínculo madre-hijo, las madres que se vinculan inmediatamente tras el parto tienen un comportamiento maternal distinto de las que lo hacen (o tratan de hacerlo) al cabo de doce o veinticuatro horas, pasado el momento crítico. Al cabo de dos días, las madres vinculadas sostenían en brazos, acariciaban y besaban a sus pequeños mucho más que las que habían estado separadas de ellos. Pero, además, amamantar al bebé o cambiar los pañales les resultaba mucho más fácil. Las madres vinculadas, además, amamantaron a su hijo durante más tiempo. Tres años más tarde, las madres vinculadas seguían siendo más atentas, entusiastas y cariñosas con sus hijos. Pero, sobre todo, les hablaban de manera distinta, más respetuosa, sustentadora y potenciadora.

Estos estudios sugieren que las madres que tienen la posibilidad de vincularse con sus hijos recién nacidos se relacionan mejor con ellos, saben responder de manera más adecuada y captar más intuitivamente sus necesidades y disfrutan más de su maternidad. Las madres vinculadas hablan más a sus hijos, por lo que los niños vinculados son más verbales que los no vinculados y alimentados con biberón. Los niños que vienen al mundo en un clima de afecto, seguridad emocional y buen trato, que tienen la oportunidad de vincularse con sus madres tras un nacimiento no traumático, son más sanos y más felices, tienen mejores relaciones con sus madres y con su familia,

aprenden más deprisa y disfrutan haciéndolo y son más respetuosos con la vida. Es conocido que los bebés de Uganda, que pasan la primera parte de su vida colgados de su madre mientras esta trabaja, son capaces de encontrar un juguete que no esté al alcance de la vista con varios meses menos que el niño occidental.

La relación padres-hijo juega un papel igualmente importante en el desarrollo de la futura capacidad de relación del niño. Los niños más decididos, atractivos y sociables son también los que tienen madres (y también padres) más receptivas, comunicativas, potenciadoras y disponibles emocional y físicamente para ellos. La psicóloga Mary Ainsworth, de la Universidad de Columbia, ha llegado a trazar el perfil de lo que ella llama «madres sensibles» y «madres insensibles».

La «madre sensible» tiende a ver las cosas desde la perspectiva de su bebé, recibe sus señales claramente y responde a ellas pronta y adecuadamente. En caso de no darle lo que pide, siempre reconoce sus señales y propone alternativas. La «madre insensible», por el contrario, ve las cosas desde su propia perspectiva, no desde la del bebé, de quien ignora o malinterpreta las señales.

Sus acciones e intervenciones se basan sobre todo en sus propios deseos, humores y actividades, más que en las necesidades del bebé. Ya que el niño basa su confianza y el desarrollo de su autoestima en el impacto que es capaz de causar en su madre y su entorno, en las respuestas que obtiene de ellos, el hijo de la «madre insensible» sufre y cae más fácilmente en una situación de desamparo.

Todo parece indicar que es el recién nacido el que actúa como desencadenante de conductas maternas, pero también paternas. En realidad, la variante hormonal no acaba de explicar completamente cómo se produce el despertar del sentimiento maternal, ya que se ha podido comprobar este despertar en hombres y mujeres célibes tras un contacto prolongado con un recién nacido. Si los adultos desprendemos inconscientemente feromonas que tienen el objetivo de atraer a los otros para encontrar la pareja sexual, por ejemplo, es posible que el recién nacido haga lo propio en las horas

siguientes a su nacimiento para despertar en sus progenitores el comportamiento maternal que necesita para sobrevivir. Es también posible que esta secreción sea tanto más intensa cuanto más cercano el momento del nacimiento, y que el estado hormonal de la madre le haga especialmente receptiva a estas hipotéticas feromonas.

De todo esto se desprende que la activación de los sentimientos y actitudes maternas, que recibe su primer gran impulso en el momento del nacimiento, tiene el efecto de permitir al bebé disfrutar de las mejores cualidades de sus padres. La maternidad y la paternidad no son una profesión, no pueden aprenderse o, mejor dicho, se aprenden en la primera infancia, en la relación con los propios padres. Permitir que esa programación biológica para la maternidad tenga lugar en el momento más propicio es la mejor protección con que puede contar un niño y, en cualquier caso, un derecho.

El vínculo con la madre constituye la primera fase de lo que Rof Carballo llama la «urdimbre». La urdimbre es la estructura básica, la trama invisible sobre la que se va tejiendo la alfombra para crear una pieza sólida y de buena calidad. Para Rof Carballo, la urdimbre constitutiva, la que constituye a cada ser, es «esa trama afectiva primera que se establece con la madre en los períodos tempranos de la vida y que será la base sobre la que se asentará el desarrollo de posteriores urdimbres, de la inteligencia, la salud, la autoestima, la capacidad de amar, la creatividad, la autonomía».

Una buena urdimbre afectiva con la madre en los primeros momentos de la vida y la infancia proporciona al ser humano algo fundamental, sin lo cual su andar por la vida será un camino pedregoso: una confianza básica en la vida, calificada por algunos como el auténtico «sustrato biológico de la esperanza», la seguridad en uno mismo. Una urdimbre constitutiva positiva es lo que hace que el mundo sea congruente y que la propia vida tenga sentido, y proporciona una base sólida para afrontar las múltiples crisis de crecimiento y vicisitudes que jalonan el camino vital. Como afirma Rof Carballo: «En una relación primigenia, en una urdimbre constitutiva feliz, fraguada en la atmósfera amorosa de una madre llena de ternura, el

mundo se vuelve congruente. El hombre nace incorporando a su ser la confianza en el orden del universo».

## Y cuando nace, ¿«de quién» es el bebé?

La psicología lleva muchos años estudiando lo que ocurre en la etapa que rodea al nacimiento. Es mucho lo que se sabe, poco lo que se incorpora al cuerpo de conocimientos de la obstetricia y grande la necesidad de bebés y madres de respeto y consideración en el momento de parir y nacer. La primera prioridad cuando un bebé nace es permanecer en el regazo de su madre, bien calentito, y no cortar el cordón hasta que deje de latir. Hoy en día, sin embargo, muchos hospitales arrastran rutinas hospitalarias como pinzar el cordón inmediatamente y llevar al bebé a recibir los primeros tratamientos. En algunos hospitales, los niños todavía son enviados a observación durante horas.

Cuando las madres cuentan sus partos, uno de los capítulos a los que con más pesar se refieren tiene que ver precisamente con este tema. Una de las causas de mayor sufrimiento en los hospitales es la separación arbitraria y caprichosa de madre y bebé en un momento fundamental en el que necesitan estar juntos. «Me dejan o no me dejan ver, tener, abrazar» a mi bebé son frases que pronuncian todos los días miles de madres y padres adultos, como si fueran colegiales pidiendo permiso a la autoridad competente para tener junto a sí lo que es suyo.

Todavía hay hospitales que actúan como si el bebé fuera de su absoluta propiedad y los padres menores de edad sometidos a su autoridad, decretando tiempos arbitrarios de «observación» en recién nacidos perfectamente saludables, administrando biberones en el nido sin conocimiento de los padres o impidiendo a los que tienen bebés en la UCI estar con ellos. Muchos obstetras lo reflejan de una forma muy explícita, cuando afirman que sus competencias acaban cuando nace el bebé, que a partir del nacimiento «es del neonatólogo», aunque esté en perfectas condiciones.

No hemos podido recoger ningún testimonio de bebés, (aunque sí lo ha hecho el doctor Chamberlain mediante hipnosis) pero sí de madres, que relatan de qué forma tan ligera profesionales poco conscientes de las implicaciones de su trabajo actúan separando lo que debe estar unido. Muchas madres recuerdan esos momentos en que fueron separadas de sus hijos con auténtico dolor:

- Por fin apareció mi madre en la sala y, según empezó a hablar contándome lo bonito que era mi niño, comprendí que estaba vivo, me eché a llorar y volví la cabeza, ni siquiera me tapé con las manos en un acto reflejo, mi cuerpo estaba totalmente anulado, supongo que fue el estar inmovilizada, el que todo el que se dirigía a mí lo hacía para controlar algo, suero, orina... sin importarles yo, y las vueltas que dio mi cabeza en esas largas horas, todo hizo que me abstraiera de mi cuerpo. Mi madre no entendía mi actitud, por qué estaba así, y cuando pude decir algo, le expliqué que hasta ese momento no había sabido que mi hijo estaba vivo. Días después me comentó que cuando me vio, tenía la cara hinchada, cosa que desapareció en poco tiempo, una vez conocí el estado de mi niño. ¡Y la enfermera le dijo a mi marido que yo estaba perfectamente! Qué poca idea. Desde este momento hasta que vi por primera vez a mi hijo, aún tendrían que pasar más de veinticuatro horas.

RAQUEL

- El día en que nació mi hijo, debía de haber sido el más maravilloso de mi vida y, sin embargo, fue el peor. No vi la luz del día, estuve aislada de mis seres queridos, no le conocí, solamente estuve secuestrada sin posibilidad de escapar. No recibí un trato digno, no se respetó mi derecho a la información. La patria potestad de mi hijo nos pertenecía exclusivamente a su padre y a mí y el hospital actuó como si esa persona fuera suya, igual que yo. Hicieron conmigo lo que quisieron como si yo

solamente fuera algo de su pertenencia, y yo era una persona adulta, sana, en perfectas condiciones mentales, a la que anularon totalmente, maltrataron psicológicamente y a la que causaron unas secuelas difíciles de olvidar.

CAROLINA

- No había dolor, pero yo sentía cómo me abrían, cómo arrancaron al bebé de mi vientre (no hay otra forma de describir la sensación física), les oía hablar de sus cosas, bromear cuando me abrieron sobre el tamaño del niño (pesó 4,4 kilos) y lo ilusa que era por querer parir. Y luego el silencio. Dejaron de hablar. A mí no me decían nada. Yo no oía llorar siquiera al bebé. No había nada. Estaba absolutamente aterrorizada, yo no sabía si mi niño (con sufrimiento fetal, según lo último que había sabido) estaba vivo o muerto. Aguanté mientras me cosían, y cuando no pude más, muerta de miedo, pregunté que por qué no lloraba mi niño. La respuesta fue que si oía llorar como un descosido a un bebé a lo lejos. Pues ese era mi bebé. Se lo habían llevado a otro sitio a hacerle sus pruebas sin ni siquiera enseñármelo o decirme que estaba bien (ya veis, yo incluso siento envidia de las que pudieron ver a su hijo en la cesárea, o simplemente rozarle con los labios), y luego se lo llevaron a la habitación a su padre. Fue un alivio, dentro de todo el frío, la desazón, la sensación de que no había sido capaz de parir a un bebé cuando en mi familia se consideraba algo perfectamente natural.

CARMEN MARTÍNEZ

- Discutiendo mucho, consigo tener a Alicia en brazos unos tres minutos, eso sí, escuchando: «Se la tiene que llevar el pediatra, o es que no te importa que pueda tener algún problema. Si no la vestimos, va a coger frío». Yo no oía nada, solamente la respiración de mi hija. No

llora, únicamente me mira con una carita que nunca se me olvidará... Cuando al final se la doy, le digo a Ángel que no deje que le hagan nada, que se pelee con quien haga falta y que no se separe de la niña. El pobre lo pasó fatal, tiene un carácter muy pacífico y tuvo que soportar que le amenazaran con llamar al juez de guardia, que le llamaran irresponsable, mal padre... Consiguí evitar que la vacunaran, que le echaran colirio, que le inyectaran la vitamina K y que le aspirasen la nariz (firmando un papel para cada cosa). Consiente que la pesen y que la metan unos minutos en el «microondas». Todo esto lo ve desde la puerta de pediatría, ya que no le permiten entrar porque es zona estéril. Pero para firmar papelitos, la pediatra le dice que pase. Él le pregunta: «¿Ah, ¿pero no era estéril esto?». ¡La que se armó! Se juntaron las matronas, la auxiliar y la pediatra, le dijeron que éramos unos desagradecidos, que bastante bien nos habían tratado en el plan que íbamos, que si se va allí, hay que atenerse a sus normas... Mientras me cose la episiotomía, la ginecóloga me suelta a mí el mismo rollo, pero parece que está más tranquila. Yo le digo que con la vista tan bonita que tiene el paritorio por qué nos ponen de espaldas a la ventana y con nuestros genitales expuestos hacia la puerta.

CRISTINA GALDO

- A mi marido lo echaron de allí. Yo le necesitaba más que nunca. Fue siguiendo la camilla como un perro. Nadie le dijo qué debía hacer. Cuando entré en el quirófano a las diez de la noche, temblaba de arriba abajo. El anestesista no paraba de gritarme, porque no me estaba quieta y así no podía ponerme la epidural. Me pusieron en cruz. Aunque estuve consciente (menos mal que había leído sobre la epidural), nadie me dijo nada durante la cesárea. No me enseñaron a mi hija. Después, cuando acabó todo, pregunté que dónde estaba mi hija. Solamente me creí que estaba viva cuando la vi en la habitación. Entre



la sonda, el catéter por el que me siguieron suministrando anestesia y la sonda, tardé tres días en coger a mi hija en brazos. Fue durísimo.

ANA

- Llegué a planta a las dos y media de la tarde. Pregunté que cuándo me iban a subir a la niña y me dijo una enfermera que en siete u ocho horas después del parto. Que cuando terminara con el suero que tenía, me la subían. Estaba deseando ponerla al pecho. El gotero se atascó y me tuvieron que abrir otra vía, la enfermera hizo todo lo posible para no tener que hacerlo, pero al final no quedó más remedio. Desgraciadamente me tocó el cambio de turno y vino otra enfermera con otro botellón de suero, le dije que el que tenía era el último, pero ella me dijo que el último era el que me iba a poner, me pareció fatal, otras tres horas sin ver a la niña por el maldito suero. Estaba que echaba humo por las orejas. De repente el gotero se detiene de nuevo, le llamo y les digo que el gotero no funciona. Esto fue a las 16.35 y eran las 16.50 cuando todavía no se habían dignado a venir a ver qué pasaba, yo tenía unas ganas de orinar tremendas y el marido de mi compañera de habitación fue muy amable al ir a llamarlas de nuevo. Pero nada, las 16.55 y sin personarse, pensaba hasta en pedir el alta voluntaria, me mosqueé, me quité yo misma la vía, me levanté sola y me fui al baño, solamente hice unas gotas de pis. En eso entra una enfermera y ve que no estoy en la cama, me abre la puerta del baño y me echa una bronca soberana, yo a todo esto sentada en el trono, y va y me deja la puerta abierta, le pido por favor que la cierre, pero soy yo quien tiene que cerrarla finalmente. Me dice que cómo se me ocurre levantarme de la cama sola, que me podía haber desmayado.

M<sup>a</sup> ISABEL HERRERA

- Tal vez me recupere de las heridas físicas, o tal vez no. Pero siempre quedará la huella imborrable del abismo que abrieron entre mi hija y yo, de la soledad a que la sometieron, del terror físico y psicológico de un recién nacido al que se lo arrebatan todo en un instante, cuando hasta entonces no le había faltado el calor, el alimento, el oxígeno, el latido del corazón de la madre.

Muchas madres y parejas no saben, ni tampoco los profesionales, que en realidad el hospital no tiene derecho alguno a llevarse a un bebé sano a ninguna parte. La OMS recomienda textualmente: «Ubicar al bebé sobre el abdomen de la madre y secarlo inmediatamente, cortar el cordón una vez que hayan cesado las pulsaciones del mismo mientras el bebé se encuentra con su madre, siempre y cuando no exista una hemorragia significativa; incentivar el cuidado materno piel con piel con su bebé durante al menos las primeras dos horas después del parto, así como todo lo que sea posible durante el posparto inmediato y posteriormente».

En el foro Apoyocesáreas, ante la pregunta «qué hacer si se quieren llevar al bebé», la abogada Francisca Fernández Guillén contestaba lo siguiente:

Vosotras mismas podéis contestar a la pregunta: «¿Qué hacer para que no se lleven a mi bebé?». Es muy sencillo: cogerlo en brazos y no soltarlo. Decir: «No, gracias, prefiero que se quede conmigo» cuantas veces haga falta. Es que es un derecho básico y, por lo tanto, no hay que hacer nada más que ejercerlo. Son los demás los que necesitan una orden judicial para quitarnos al bebé. Si acaso hace falta, conviene que esté el padre u otra persona cerca para impedir presión física o psicológica por parte del personal.

Hay que evitar ponerse en el papel de víctima: no olvidad que el derecho es vuestro, el poder es vuestro. Así que tranquilidad, mostrad tranquilidad y firmeza. Si acaso se ponen muy pesados, ofrecerlos a firmarles la hoja de renuncia «al tratamiento», ya que los padres son los representantes legales de los hijos, suya es la responsabilidad, el derecho y la obligación de velar por ellos en la forma que crean mejor para su salud y su bienestar.

Como ejemplo, Chistiane Northrup, en su libro *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer*, cuenta cómo se agarró a su bebé y hasta se lo llevó al baño con ella por temor a que alguna enfermera entrase mientras tanto en la habitación y se lo quitase. ¡Y eso que ella era ginecóloga en ese mismo hospital! Pues ni por esas. Efectivamente, estando en el cuarto de baño con el bebé, entró una enfermera e insistió en llevarse al niño. Como ella dijo que no, se fue refunfuñando y diciendo que «algún día tendría que soltarle». Ella dijo que sí, que algún día, pero no el día de su nacimiento.

Eso hizo esta madre, quien estaba ya preparada para lo que podía suceder:

El bebé salió (sin necesidad de episiotomía) después de unos empujoncitos y se lo llevaron a aspirar, pero delante de mí y con su papá al lado. Una pena momentánea, que se convirtió en ira cuando la enfermera de los niños me lo enseñó y me dijo: «Me lo llevo a calentar». Según mi marido, puse cara de loba y le dije firmemente: «¡Deme a mi niño!». Fue suficiente, me lo dio y allí mismo me saqué la teta y le dí a mi bebé la cálida bienvenida a este mundo que estaba esperando... no precisamente una bombilla de infrarrojos.

Para saber más:

---

### Artículos:

- «Termorregulación neonatal y contacto precoz madre-hijo tras el parto.» Blanca Herrera Cabrerizo, Antonio Luis Muñoz Martínez, María Dolores Rey Márquez. *Índex Enferm.* primavera-verano 1999. Año VIII (24-25): 14-18.
- «La hora siguiente al nacimiento: dejen en paz a la madre.» Michel Odent. Primal Health Research Centre. [www.holistika.net](http://www.holistika.net)
- «Lactancia maternal y aspectos biopsicosociales.» María Fuentes Caballero. [www.lactanciamaterna.net](http://www.lactanciamaterna.net)
- «Declaración sobre el llanto del bebé.» [www.sueno-infantil.org](http://www.sueno-infantil.org)
- «Nuestros cuerpos y su libido en la perspectiva de la recuperación de la maternidad.» Casilda Rodríguez Bustos. *Ob Stare* n.º 18, otoño 2005.
- «Tu hijo recién nacido, un comunicador de talento.» David Chamberlain. *Ob Stare* n.º 16, primavera 2005.

### Libros:

- La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad.* Michel Odent. Editorial Obstare. 2007.
- La cientificación del amor.* Michel Odent. Ed. Crea-vida, 2001.
- La vida secreta del niño antes de nacer.* Thomas Verny. Urano.
- La mente del bebé recién nacido.* David Chamberlain. *Ob Stare*, 2002.

*Bésame mucho.* Carlos González. Temas de Hoy, 2003.

*El concepto del continuum.* Jean Liedloff. Ob Stare, 2003.

*Babies remember birth.* David Chamberlain. Random House.

*La maternidad y el encuentro con la propia sombra.* Laura Gutman.

*El apego, la separación, la pérdida* (3 tomos). John Bowlby. Paidós.

*Violencia y ternura.* Rof Carballo. Espasa-Calpe, 1997.

*La naturaleza de la agresividad humana.* Ashley Montagu. Alianza, 1990.

*El contacto humano.* A. Montagu, F. Matson. Paidós, 1983.

### **Webs:**

Campaña ¡Que no os Separen! [www.quenoosseparen.info](http://www.quenoosseparen.info)





## Una nueva visión del viejo acontecimiento de nacer

### Una lectura diferente de los instintos

La Naturaleza lleva millones de años autoorganizándose de forma eficiente y ecológica, y evolucionando hacia formas de vida progresivamente más complejas, sin la ayuda de nuestro intelecto, en un proceso inteligente dentro del cual el ser humano es el último eslabón de la evolución.

Si bien el desarrollo del neocórtex en el ser humano marca un hito en la historia de la evolución, no por ello podemos evitar seguir siendo parte del reino animal. Y la Naturaleza se asegura nuestra supervivencia como especie con los mismos resortes con los que se asegura la supervivencia de las otras especies animales, resortes inscritos en nuestro cerebro más antiguo, que compartimos con los animales. Es lo que llamamos *instinto*.

Nuestros instintos, aunque matizados por el desarrollo intelectual, sirven al mismo imperativo que en el caso de los animales. Velan por la supervivencia del individuo y el mantenimiento de la especie. Los procesos relacionados con el ámbito de la reproducción, como, por ejemplo, el proceso del parto y la vinculación emocional madre-hijo, entran de lleno en las funciones del cerebro mamífero, que es también el cerebro emocional. Para repensar la forma de traer hijos al mundo, quizá deberíamos humildemente reconocer esta realidad. Si la Naturaleza no supiera hacer las cosas, muchas hembras mamíferas de las más diversas especies morirían por complicaciones durante el parto, lo que no suele ocurrir; si acaso, en animales domésticos, en cautividad o en laboratorio, es decir, cuando se han alterado las condiciones naturales.

El cerebro de la mujer, pues, contiene genéticamente inscritas todas las instrucciones necesarias para llevar a cabo óptimamente el proceso del parto. La mujer que confía en sus capacidades y tiene la oportunidad de dar rienda suelta a su instinto, sabe qué hacer en cada momento. En el parto, es la propia Naturaleza la que se manifiesta. A los asistentes solamente les cabe asegurar las condiciones óptimas, estar disponibles e intervenir únicamente en caso de necesidad.

Por ello, cada movimiento, cada posición que la mujer adopta espontáneamente durante el parto, tiene un propósito y es el más eficaz, porque lo hace guiada por su instinto, afinado a lo largo de millones de años, que recapitula la sabiduría de nuestra especie. Michel Odent afirma que cuando las mujeres, durante el proceso de parto, se mueven y actúan de acuerdo con sus instintos, en realidad se están comportando de una manera extremadamente racional; por lo común, tienen alumbramientos más rápidos y fáciles que las mujeres que no pueden hacerlo así.

Hoy en día, sin embargo, las mujeres embarazadas que acuden a los cursos convencionales de preparación para el parto son instruidas para controlar y permitir que se les controlen sus cuerpos. De esta forma, las mujeres paren en medio de una gran ansiedad por comportarse como se espera de ellas y mantener el control, un control que es incompatible con la naturaleza involuntaria del parto.

En el ámbito del parto, la Naturaleza —los instintos— no se equivocan. Cuando una hembra mamífera lame a sus cachorros tras el parto, de una manera instintiva y por supuesto irracional, realiza de un modo natural la mejor de todas las conductas para sus crías. Si las mujeres que disfrutan de libertad e intimidad llevan a cabo siempre el mismo rito de amorosa acogida al bebé, si los bebés se comportan de la misma forma y son capaces de encontrar el pezón y empezar a mamar en la primera hora, es de suponer que la Naturaleza no nos programa a los seres humanos de un modo menos eficaz que a los animales. La conducta espontánea de las mujeres y bebés cuando paren y nacen en intimidad y libertad es instintiva, pero a su vez extremadamente inteligente. No hay más



que observar a bebés nacidos de parto fisiológico y de parto medicalizado para constatar que esto es así.

Pero, además, cuando un bebé recién nacido o de pocos meses llora, su comportamiento instintivo es extremadamente inteligente, porque reclama con el único lenguaje de que dispone aquello que necesita: alimento, cuidados, contacto físico, estimulación. No coger a un bebé cuando llora puede ser una actitud racional desde el punto de vista de quien lo hace, condicionado por creencias, pautas culturales o conveniencias personales. Sin embargo, en otro sentido, puede ser totalmente irracional, porque quien lo hace ignora que tras esa llamada hay una necesidad, y que satisfacer las necesidades de los recién nacidos es la mejor forma de hacer de ellos seres inteligentes, saludables, amorosos y felices. De igual forma, la pretensión de someter a pautas racionales la lactancia materna —dar de mamar un tiempo limitado y a horarios fijos—, lejos de producir resultados positivos, ha sido la manera más eficaz de arruinar la lactancia de las madres que las seguían.

Subestimar el papel del instinto en la etapa primal puede conducir, pues, a importantes errores de criterio, a tener que decidir de forma racional y con un alto riesgo de error qué es lo más adecuado.

Así, contrariados los instintos en la edad temprana, las consecuencias se prolongan durante toda la vida y se transmiten a la siguiente generación. De forma que las niñas que han nacido en un ambiente hipermedicalizado, que no han lactado a voluntad, etc., luego se enfrentan al parto de sus hijos con miedo y se sienten incompetentes para tener un papel activo en su alumbramiento o para cuidar adecuadamente a su bebé o darle de mamar. De alguna forma, no se «conectaron» bien en su momento a la sabiduría instintiva, y la confianza en su propia capacidad falla.

Hoy en día, no resulta políticamente correcto reivindicar el papel del instinto. Pero no es lo mismo un instinto primario —el bebé sabe por instinto que le corresponde estar siempre acompañado— que la conducta supuestamente instintiva que se genera como respuesta a la privación de la satisfacción de un instinto primario. Es lo que ocurre, por ejemplo, cuando

ante la carencia afectiva —la «violencia invisible», como la llama Laura Gutman—, el niño acaba por desarrollar actitudes violentas.

## La salud primal

Lo que está en juego en todo el período perinatal es nada menos que la salud de la que el recién nacido disfrutará a lo largo de su vida, entendiendo la salud, en palabras de Odent, como «la forma en que funciona el sistema de adaptación». El sistema de adaptación tiene un coordinador general, el hipotálamo, que pertenece a las estructuras más primitivas de nuestro cerebro, y no solamente regula la actividad de las glándulas de secreción interna, sino que también actúa en estrecha relación con otras estructuras cerebrales y nerviosas y con el sistema inmunitario.

Este sistema primario de adaptación, presidido por el cerebro primitivo, se desarrolla y regula también en la fase más primitiva de la vida, durante el período fetal, el nacimiento y la edad lactante. Al final de la primera infancia, el «sistema de adaptación primal» ya ha alcanzado su madurez. Michel Odent llama «salud primal» a los niveles de equilibrio alcanzados por el sistema al final de esta primera etapa. «Todos los acontecimientos que marcan este período de dependencia de la madre influyen en este estado de salud de base que llamamos “salud primal”.»

La comprensión del alcance de los acontecimientos de las primeras etapas de la vida para el equilibrio posterior del individuo ha ido parejo con la superación de las fronteras entre las varias especialidades que estudiaban por separado los diversos sistemas de adaptación —neurología, endocrinología, inmunología—, dando lugar a una disciplina más amplia que es la psiconeuroendocrinología.

En efecto, las fronteras entre los tres sistemas pierden su sentido cuando se constata que los sistemas hormonal y nervioso emplean los mismos mensajeros químicos y que la actividad de ambos influye en el sistema inmunitario. El cere-

bro primitivo actúa en realidad como una gran glándula, que coordina otras glándulas; las células nerviosas se comunican entre sí por mensajeros químicos que son hormonales y, a su vez, estos mensajeros químicos afectan a la actividad del sistema inmunitario. La noradrenalina, hormona del estrés, tiene el efecto de reducir la actividad de los linfocitos y de otros glóbulos blancos. El cortisol, cuya concentración aumenta en el estrés mantenido, deprime el sistema inmunitario, afecta a la glándula timo y reduce el número y la actividad de las células T. Una tasa elevada de cortisol mantenida tiene, además, el efecto de inhibir la síntesis de prostaglandinas. Dada la variedad de prostaglandinas existentes y de funciones que regulan, la inhibición de su síntesis puede contribuir a la aparición de trastornos tan variados como las alergias, alteraciones inmunitarias, enfermedades de la piel, etc., desde la misma infancia o con el paso del tiempo.

Dado el sustrato hormonal de las emociones, todo estado emocional se traduce físicamente en un estado hormonal concreto y este, a su vez, provoca una reacción específica del sistema inmunitario. Ello quiere decir que cuando se acaricia a un bebé, no sólo se le está dando amor, sino que también se está estimulando su cerebro y sus defensas. Pero asimismo que, cuando un bebé es agredido, se siente amenazado, abandonado o aprende que llorar y reclamar atención no sirve para nada, su sistema de adaptación primal entra en estado de alarma. Un estado de alarma tanto más negativo cuanto que se produce, precisamente, en la etapa de maduración del sistema. Una cosa es canalizar culturalmente los instintos de niños, adolescentes y adultos, y otra muy distinta impedir que se desarrolle el poder del instinto a la edad en que el sistema adaptativo primario llega a su madurez, es decir, en la etapa en que lo que toca es, precisamente, eso.

## La voluntad de vivir

El deseo de vivir, y la capacidad de lucha por la vida, que pertenecen a ámbitos regulados por el cerebro primitivo,

maduran precisamente en el período perinatal, de estrecha dependencia de la madre, en un período de máxima dependencia exterior y escasa capacidad para actuar sobre el mundo y filtrar y dar un sentido a las experiencias.

Por ello, desatender las necesidades físicas, emocionales y de estimulación del bebé, separarlo de la madre en el momento crítico, aislarle en una incubadora, no cogerlo «para que no se acostumbre», alimentarlo a horas fijas, aunque lo reclame antes... es marcar profundamente en su inconsciente que, haga lo que haga, el mundo sigue su curso. «Cuando un bebé aprende en una sala nido que es inútil gritar... está sufriendo su primera experiencia de sumisión», dice Michel Odent.

Las consecuencias de la emoción del desamparo para la salud y el comportamiento comenzaron a estudiarse cuando, a mediados de los años sesenta, Martin Seligman realizó una serie de experimentos con ratas para estudiar los procesos de aprendizaje. En una primera fase, las ratas eran expuestas a choques eléctricos que no podían evitar. En una segunda fase, se les enseñaba y estimulaba a evitar el choque saltando la barrera que les separaba del compartimento contiguo. Pero los resultados de las pruebas fueron inesperados. Las ratas que no habían participado en la primera experiencia aprendían fácilmente a evitar los choques, mientras que las que habían aprendido a soportarlos ya no aprendían a salvarse, y los sufrían pasivamente. Seligman llamó a este comportamiento «desamparo aprendido» (*learned helplessness*), el aprendizaje de la impotencia, el estrés sin posibilidad de salida ni acción que conduce a la renuncia, a la resignación.

La confianza en los propios recursos para solucionar los problemas vitales, la voluntad de vivir y la capacidad para disfrutar de la vida son fácilmente condicionados por los acontecimientos de los primeros meses y años de vida. Es en este crítico período de la vida cuando madura y se condiciona, positiva o negativamente, el sistema adaptativo primario. El bebé no solamente aprende a conseguir lo que necesita con los medios a su alcance —llantos, sonrisas, juegos, etc.—, sino que también aprende que es *capaz* de obtener del mundo lo que necesita. Si su madre o quien cuida de él responde a su llanto,

a sus sonrisas y sus juegos, si el bebé consigue establecer una comunicación cuando lo necesita, al mismo tiempo asume que tiene la capacidad de ejercer una cierta influencia sobre su entorno, que él puede hacer algo por su supervivencia, que merece el amor de sus seres queridos y que además el mundo es un sitio bastante agradable donde estar. Es el fundamento mismo de la autoestima.

Por el contrario, los niños que no tienen éxito con este «bailé de adquisición», como lo llama la doctora Joan Borysenko, aprenden que sus posibilidades de actuar sobre el mundo para obtener lo que necesitan son más bien exiguas. Aprenden a acomodarse, a conformarse. Cuando en momentos tempranos de la vida uno se siente impotente y desamparado, de alguna forma ese sentimiento se arrastra. En todo caso, cuesta desaprenderlo. Los niños que son abandonados comienzan por llorar para reclamar atención, más adelante dejan de llorar y, poco a poco, van entrando en un estado de indiferencia hacia todo lo que les rodea. Su desarrollo motor, emocional, psicológico queda comprometido. En siglos pasados, cuando los niños en los orfanatos apenas eran tocados, muchos morían antes de los tres años.

Como en el caso de las ratas que ya no podían aprender a salvarse, el aprendizaje de la impotencia en las etapas tempranas condiciona toda una forma de relacionarse con el mundo, en el que uno tiende a adoptar el papel de víctima de las circunstancias o, por el contrario, trata de compensar ese vacío interior y sentimiento de abandono por medio del abuso de poder e incluso la violencia. «El abandono emocional es violencia: es la violencia del desamparo. La incapacidad de reconocer las necesidades básicas emocionales de los niños es violencia. Negar abrazos y contención es violencia. No entrar en conexión emocional con los niños es violencia. No mirarlos es violencia», afirma la psicóloga Laura Gutman en su obra *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*.

Al mismo tiempo, y como el organismo es un sistema, la sumisión y el desamparo emocional van acompañados de un estado hormonal e inmunitario característico, en el que se incrementa la secreción de cortisol, que a su vez deprime

el sistema defensivo. ¿Qué ocurre cuando un bebé se siente abandonado y aprende que llorar y gritar no sirve para nada? En un momento de la vida en el que la «lucha o huida» no es posible, y de máxima plasticidad, no satisfacer las necesidades emocionales y fisiológicas del bebé lo pone en una situación de inhibición de la acción que configura su equilibrio hormonal, y ello en una fase crítica de maduración. Pero además también le condicionará su forma de afrontar las nuevas situaciones en la vida, porque su confianza en los propios recursos para obtener lo que necesita se encuentra lastimada.

Según el psicólogo Joseph C. Pearce, si no se atienden en el momento crítico las necesidades del cerebro emocional, o sistema límbico, puente entre el cerebro primitivo (o reptiliano) y el cerebro superior o neocórtex, el individuo puede quedar atrapado en una posición defensiva, en la que los sistemas superiores quedan al servicio de los instintos primarios propios del cerebro reptiliano: supervivencia, territorio, reproducción. A ello atribuye que los niños muy ansiosos e inseguros tengan grandes dificultades de aprendizaje y que los adultos paranoicos operen en un nivel intelectual limitado, con importantes errores de juicio. Si las vivencias instintivas y emocionales del nacimiento y primera infancia son penosas, si no se satisfacen las necesidades instintivas del bebé y el niño, entonces el intelecto se desarrolla moldeado por actitudes defensivas. El neocórtex, en lugar de integrar las experiencias de los cerebros anteriores, tiende a funcionar al servicio del cerebro reptiliano, del que depende el sistema de defensa. El control del neocórtex por los cerebros inferiores es involutivo, pero no puede evitarse si el entorno se vuelve peligroso y amenazante. «Cuando lo más primario es incorporado al servicio de lo superior, se transforma la naturaleza de lo primario en superior. En nuestros niños, esto no está pasando. Lo primario puede también incorporar aspectos de lo superior, y no hay nada más peligroso que un brillante reptil», afirma Joseph Ch. Pearce. El mundo está lleno de personajes con una brillante inteligencia al servicio de objetivos reptilianos. Como afirma Rof Carballo, la urdimbre afectiva es la base sobre la que se desarrolla la inteligencia.

Para la mujer, el parto resulta más doloroso que para cualquier otra hembra mamífera. Un nacimiento más difícil que para el resto de los animales forma parte ineludible de nuestra naturaleza humana. La primera razón es que somos el único mamífero que camina sobre dos extremidades. Eso hace que la parte del útero que soporta el peso de su contenido coincida con la vía de salida, lo que obliga al cuello del útero a ser lo suficientemente resistente como para soportar la gestación hasta el final. Para el resto de las mamíferas, el peso del útero grávido reposa sobre la pared abdominal. Esta circunstancia hace que la dilatación del cuello del útero en un caso y en otro sea diferente.

La segunda razón es que, a diferencia de los mamíferos, cuya cabeza es relativamente pequeña y puntiaguda, la cabeza del recién nacido tiene dimensiones considerables con respecto al resto de su cuerpo, y además es redonda. Eso obliga a los músculos del útero a tener que hacer un trabajo de dilatación considerable. Y es que tener parto más difícil del reino animal simplemente forma parte del guión de ser los animales más inteligentes de la creación.

No cabe duda de que para el bebé el nacimiento es un viaje, un período de transición en el que los sistemas de adaptación son sometidos a prueba. Lo que ocurre durante y después del nacimiento queda inscrito en su inconsciente. Son recuerdos recuperables mediante hipnosis, regresión o técnicas de renacimiento. Si el nacimiento no tiene interferencias que alarguen y compliquen el parto, y si este culmina en una bienvenida cálida y amorosa, la experiencia queda registrada como positiva. Si el parto se ha convertido en algo tortuoso porque la mujer está tumbada, si el bebé soporta contracciones desproporcionadas debido a la oxitocina sintética, si se le pincha en la cabeza desde antes de nacer (monitor interno), si la madre está tensa y asustada y le transmite sus hormonas del estrés, si es extraído por medio de fórceps o si es sacado por cesárea sin haber experimentado esa preparación que es el parto, si se le corta prematuramente el suministro de oxígeno

y transporta directamente al «carrito de torturas» y no al regazo materno, todo eso cambia la calidad de la experiencia.

Las investigaciones de diversas escuelas psicológicas, gracias a procedimientos como la hipnosis y la regresión, han descubierto que las emociones y la vivencia del nacimiento y el período posnatal dejan una huella psicológica, que constituye un núcleo dinamizador del desarrollo de la personalidad. Para Stanislav Grof, padre de la psicología transpersonal, estas vivencias se convierten en auténticas estructuras experienciales, que él llama *matrices perinatales básicas*, sobre las que se organizará el resto del material inconsciente y consciente a lo largo de la vida de la persona.

El tránsito por el canal del parto y su liberación posterior parece ser el origen mismo de dinámicas profundas del inconsciente humano y de arquetipos recogidos fielmente por la mitología. Según Otto Rank, discípulo de Freud y uno de los psiquiatras que más ha estudiado el trauma del nacimiento, el mito del héroe, presente en las mitologías de todas las culturas, es sin duda el arquetipo que más fielmente refleja el viaje del recién nacido a través del canal del parto. La energía liberada y las cualidades desarrolladas para superar esa dura prueba son, como en *La odisea*, el medio por el que el simple hombre se convierte en héroe, o el bebé intrauterino en niño.

La calidad de la acogida brindada al recién nacido tras su particular odisea da un sentido a la experiencia vivida. Una acogida cálida y amorosa, que no rompa el *continuum* del vínculo con la madre, que sea respetuosa con sus necesidades, permite al bebé codificar las dificultades experimentadas durante el nacimiento como una parte inherente del proceso de crecimiento que culmina en un estado mejor. Y esa experiencia, de alguna manera, marca una pauta para afrontar subsiguientes dificultades y crisis de crecimiento en su vida. «Porque su primera experiencia ha sido tan rica y placentera, este niño será siempre un aventurero. La vida, para él, siempre será un reto que afrontará con confianza y valentía, dispuesto a intentar y probar cualquier novedad que se cruce en su camino», asegura Frédérick Leboyer en su bello libro *Por un nacimiento sin violencia*.



Por el contrario, una acogida tecnicista, fría y desconsiderada, el corte inmediato del cordón umbilical, la separación brusca del cuerpo de la madre, las manipulaciones que se realizan en el paritorio (cánulas por los orificios, gotas en los ojos...), resultan aterradores para el bebé. La experiencia se codifica como una penosa expulsión del paraíso a un lugar desagradable y agresivo, en el que conviene replegarse. Según Grof, esto influirá en la forma en que el niño afrontará los sucesivos cambios vitales y crisis de crecimiento.

Si tras un nacimiento traumático las experiencias infantiles posteriores no son mejores, estas vienen a añadirse a las emociones almacenadas en el período perinatal. Una buena crianza, sin embargo, tiene un efecto compensador de las dificultades experimentadas en el curso del nacimiento. De esta forma, las vivencias emocionales posteriores al nacimiento determinarán la forma en que las matrices perinatales evolucionarán en el tiempo. Algunos estudios disponibles en la base de datos del Primal Health Research ([www.birthworks.org/primalhealth](http://www.birthworks.org/primalhealth)) parecen confirmar estas afirmaciones de la psicología transpersonal. Por citar uno, un estudio epidemiológico llevado a cabo por investigadores de la Universidad de Columbia encontró que uno de los factores de riesgo en el suicidio adolescente era el hecho de haber necesitado una reanimación posnatal tras un parto difícil.

Según Grof, el impacto del nacimiento no se reduce a la calidad de la experiencia, si no al modo en que el recién nacido ha sido tratado después de nacer. Tras treinta años de experiencia de terapia, Stanislav Grof afirma:

Los individuos que durante las sesiones psicodélicas o de terapia experiencial sin el uso de drogas reviven su nacimiento, aseguran frecuentemente haber descubierto un profundo vínculo entre la pauta y circunstancias de su nacimiento y la calidad global de su vida. Parece que la experiencia del nacimiento determina los sentimientos básicos sobre la existencia, la imagen del mundo, las actitudes hacia los demás, la relación entre el optimismo y el pesimismo, la estrategia global de la vida e incluso elementos

tan específicos como la confianza en sí mismo y la capacidad de resolver problemas y proyectos.

Grof ha podido observar, por ejemplo, que las personas nacidas con ayuda de anestesia general suelen asociar la vivencia de llegar al mundo en estado semiinconsciente con su dificultad para completar proyectos. Aunque son capaces de entusiasmarse y dedicar energía a ellos, en un cierto momento sienten que su concentración disminuye y su energía se dispersa, de forma que les resulta difícil finalizar la empresa y sentir la lógica gratificación de haber conseguido el objetivo.

Similares dificultades para culminar tareas parecen encontrar las personas nacidas con fórceps. Aunque acometen los proyectos con entusiasmo y energía, a partir de una cierta fase parecen necesitar ayuda externa para finalizarlos, como en su nacimiento. Por su parte, las personas que han nacido tras un parto inducido tienen la tendencia a sentirse presionados a actuar cuando todavía no se sienten preparados, aunque objetivamente no haya motivo para ello.

Entre las pautas de comportamiento detectadas por Grof, una de las más interesantes de estudiar es la susceptibilidad a las drogas de los nacidos bajo la influencia de una fuerte anestesia. En los casos en que la transición al mundo exterior fue nublada por la anestesia, el niño fue privado de participar activamente en su viaje. Grof afirma que «el individuo ha sido programado para el futuro, casi a nivel celular, para escapar de un estado de tensión severa a otro bajo la influencia de las drogas... Un nacimiento con sus propios recursos, como son las endorfinas, le infundiría una profunda sensación de confianza en su propia habilidad para superarlo».

Grof ha constatado igualmente que los nacidos por cesárea parecen añorar el reto y el estímulo de la experiencia del nacimiento normal, y la profunda gratificación que supone haber superado el obstáculo con éxito. Según Grof, los nacidos por cesárea parecen sentirse menos preparados para afrontar las dificultades de la vida y creen carecer de energía para la lucha o incluso de la habilidad para hacer proyectos vitales y emocionarse por ellos.

En cualquier caso, la vivencia del nacimiento es muy diferente cuando este se produce por medio de una cesárea. En el caso del parto vaginal, en cuanto empiezan las contracciones, el útero deja de ser un lugar apacible, el bebé experimenta estrujones cada vez más intensos y el nacimiento se experimenta como una liberación. Además, el bebé participa activamente y es protagonista de su historia. La situación nueva, especialmente en un parto respetado, es mejor a la anterior. En cambio, cuando se practica una cesárea antes del comienzo del parto, el niño pasa de la relación simbiótica del útero directamente al exterior, sin preparación hormonal previa, viéndose obligado a enfrentarse a circunstancias que no estaban previstas: separación, frío, hambre, necesidad de respirar y otras incomodidades. Por hacer una comparación salvando las distancias, es como si uno estuviese durmiendo apaciblemente en medio de la noche y, de repente, irrumpiera un equipo de personas en la habitación hablando alto y le sacara a uno intempestivamente de la cama bajo la luz de los focos, desnudo y mojado, y después le sometiera a diversas manipulaciones... En este caso, la situación ha empeorado.

El bebé que nace por vía vaginal además experimenta momentos de presión debido a las contracciones, pero también sensaciones de placer sensual, que parecen jugar un papel precursor de la sexualidad adulta. El bebé que nace por cesárea, en cambio, no experimenta las fuertes sensaciones de dolor-placer que proporciona el masaje uterino. A su llegada al mundo, no le reciben los brazos amorosos de su madre, sino las frías manos del personal médico. En cualquiera de los casos, el contacto piel con piel con la madre, la lactancia materna y un buen maternaje son esenciales en el desarrollo físico y emocional del bebé y de la relación madre-hijo.

El maternaje tiene igualmente una gran influencia sobre el desarrollo de la capacidad de relación del bebé, en todos los sentidos. La sexualidad, por ejemplo, pertenece en una gran medida al ámbito instintivo —aunque con sus matizaciones provenientes del neocórtex— y está regida por el cerebro mamífero, que madura en las etapas primitivas de la vida, esto es, las de estrecha dependencia de la madre. La calidad de

las experiencias del bebé juega un papel fundamental en su desarrollo de la capacidad para relacionarse, confiar en los demás, abrirse al otro, experimentar placer. Muchas personas rehúyen la excesiva intimidad porque es un terreno en el que se sienten inseguras. Según afirma el doctor Verny: «Las experiencias natales desempeñan un papel primordial en la formación de las inclinaciones sexuales. Las caricias mutuas, los abrazos y los besos, los susurros y los murmullos comunes al sexo adulto tienen muchos paralelismos con el nacimiento y la posterior conducta vinculante».

La irrupción con intervenciones y rutinas innecesarias en los procesos espontáneos del nacimiento tiene muchas consecuencias, y no solamente médicas. A menudo unas y otras inciden sobre aspectos psicológicos del bebé y de la relación con su madre y, por tanto, de su manera de relacionarse en el futuro. La atención medicalizada al parto, centrada en el corto plazo, a menudo ignora cuáles son las consecuencias a largo plazo de las intervenciones rutinarias.

## Una experiencia cumbre

Tuvo a su bebé en casa y felizmente.

—¿Pero por qué?— le pregunta su ginecólogo, consejero y amigo—. ¡No tenías por qué pasar por todo eso! Podías haber venido a mi clínica y hubieras estado leyendo el periódico mientras sucedía todo. No hubieras tenido necesidad de sentir nada hasta que te mostrase a tu hijo.

— Pero —replica ella con desconcierto— ¡yo quería pasar por todo eso!

El médico no podía comprender que un sentimiento como aquel pudiera tener valor alguno.

Esta conversación está recogida en el libro *La voz de la experiencia*, del psiquiatra Ronald Laing. Y es que el parto puede ser doloroso —no siempre—, pero también un momento cumbre, una experiencia vital única, probablemente la más intensa en la vida de una mujer. ¿Por qué tanta insistencia

en despojar a mamás y bebés de esa experiencia? Si la felicidad y el amor son las más altas aspiraciones del ser humano, ¿por qué destruir la experiencia de dar a luz, siendo como es un momento cumbre de amor y felicidad?

Así se expresan mujeres que han tenido un parto respetado, la mayoría de ellas en casa, o en una casa de partos.

- De inmediato, lo puso sobre mi regazo y no pude resistir ver esa escena, mi felicidad era plena, y no contuve mi llanto, las lágrimas, mi sonrisa. La alegría era inmensa, el momento tan intenso que parecía un sueño. Sin embargo, sabía que esta vez no despertaría, al final era verdad y estaba realmente sucediendo. Nunca antes había sentido lo que sentí, nunca antes había llorado de aquella forma.
- Después de un rato, pude ver por el espejo los pelitos de Pedro asomándose... Eso fue una inyección de energía impresionante, todo se tornó mucho más intenso y en seguida sentí que ya estaba... había nacido... No se puede explicar con palabras la sensación que produce la salida del bebé, un placer enorme, una alegría indescriptible. Cómo estaría de compenetrada en ese mar de sensaciones que me olvidé de mirar... Fue lo único que me perdí: ver el momento de su nacimiento. Pero se ve que necesité mirar para adentro... y está todo bien. Raquel lo recibió y me lo dio. Fue sumamente emocionante verlo, abrazarlo.

GABRIELA ALBERONI (1)

- Cari me dijo que la cogiera y así terminó de salir Eva de mi cuerpo, entre mis manos, con un grito fuerte que en seguida silenció al sentirse entre mis brazos, sobre mi pecho. Mi emoción no se puede describir; entre llanto y risas, la abrazaba y acariciaba mientras Juan Carlos me abrazaba a mí desde atrás y nos besábamos. Lo recuerdo mil veces y todas lloro de nuevo, agradecida por esa

suerte, feliz por haberle dado a mi hija el nacimiento más hermoso. Eran las seis y media de la tarde.

CHUS (2)

- La felicidad de esos momentos es algo que aún estoy vi-  
viendo, todos los días me acuerdo del parto... me siento  
muy feliz, he conseguido reconciliarme con mi propio  
cuerpo y estoy orgullosa de haber vivido esta experien-  
cia. Yo animaría a todas las mujeres a tener un parto na-  
tural, sin ninguna intervención innecesaria, pues esta es  
la forma que tiene la Naturaleza de demostrarnos a las  
mujeres que somos muy fuertes y capaces de soportar  
momentos realmente duros.

MERITXELL VILA (3)

- Yo ya estaba dentro de la bañera, medio acucillada,  
medio de rodillas, y en ese momento llegó ella, asomó  
su cabecita y, en dos irrefrenables pujos, acabó de salir  
toda entera: una niñita rosada que aún respiraba por el  
cordón umbilical cubierta de una grasa blanco-amari-  
llenta y ¡con un olor, una fragancia deliciosa, uterina,  
que nos acompañó durante días para deleite mío! Sofía  
flotaba en el agua sostenida por nosotros dos y todo pa-  
recía muy vivo e irreal al mismo tiempo. Todavía ahora,  
de vez en cuando, la miro con la misma sorpresa que  
entonces y me maravilla que todo eso me sucediese a  
mí. Durante aquellas horas del parto, sentí intensamen-  
te el profundo y simple misterio de la vida, de la gene-  
ración y la creación. De ahí el gran valor que concedo  
a aquella experiencia y la satisfacción y alegría que me  
produce haberla vivido plenamente. Miro a los lumino-  
sos ojos de Sofía, me recreo en ellos y la beso con una  
ternura que me llega a lo más hondo mientras la siento  
con mi misma sangre porque la parí yo y porque con  
ella y por ella llegué a la raíz misma de la vida, atravesan-  
do un proceso muy intenso, muy doloroso, sí, pero cuyo

sentido y valor profundo se me hubiese quizá escapado de no haberlo podido vivir de forma natural. Esta vivencia me dio fuerza y confianza en mí misma para afrontar muchas cosas que vinieron después y muchas otras que vendrán en el futuro. Dedicado a todos los profesionales de Acuario por la ayuda que nos prestaron tanto en el parto como en la lactancia.

LUZ Y JAVIER (2)

- Fue un momento indescriptible, un momento de reencuentro tras nueve meses conociéndonos. Pablo tenía los ojos muy abiertos, nos miramos fijamente y luego fue mirando todo lo que había a su alrededor. Me parece increíble que un bebé recién nacido esté tan espabilado nada más nacer, lo sentí sereno y daban ganas de ir presentándolo a la familia. Me quedé con él cerca de mi pecho y acariciándole suavemente. Alguien me dio una toalla y lo arropé. Cómo me sentía es algo que me cuesta explicar, era una especie de «éxtasis», no existía nadie más, no existía nada más excepto él y yo.

ANA (3)

- Sentí rasgar los límites del espacio, del tiempo, del cosmos, del más allá. Notaba como si nos encontráramos en el límite de esta y otras miles de realidades aún sin descubrir en estados de conciencia cotidiana; realmente me sentía en un estado de conciencia acrecentada. Y lo magnífico era que todo sucedía en mi interior, en nuestro interior, compartiendo este largo canal juntos, unidos desde lo más profundo, solos ante un dolor-placer que jamás había ni tan siquiera vislumbrado. En la inmensidad de este momento, notaba que éramos lo más grande que jamás había sucedido.

MARÍA (3)

- Tras una contracción gigantesca, noté cómo el cuerpo de mi bebé salía del mío y lo ponían sobre él. Fue emocionante, no tengo palabras para describir tanta alegría y tanta satisfacción, mi cuerpo, como si se tratara de un interruptor, entró en una calma y paz totales. Supongo que empecé a segregare endorfinas sin parar porque entré en un estado de euforia total y lo bueno es que todos se contagiaron de esta euforia.

#### SOLEDAD (4)

- Sentí cómo Nora empujaba con mucha fuerza para salir al mundo, y yo me limitaba a ayudarla, evitando bloquear mi respiración. Alguien dijo: «Aquí está la cabecita, tócala». Qué emoción tan intensa sentí. Allí se mezclaron las ganas de reír y llorar a la vez, brotando lágrimas que reflejaban el estado en el que nos encontrábamos en ese momento. Un momento mágico, denso, de penetrante olor, de alivio y de cansancio, un momento de cien, de mil o de cien mil colores a pesar de la tenue y «considerada» luz que casi, casi pedía estar también presente en ese momento único. Nació Nora, una bebé con mucha vitalidad. Me la pusieron sobre mi pecho tapada con una toalla y así estuvimos largo rato abrazadas la una a la otra. Después, el cordón umbilical físico dejó de latir y fue cortado. Pero otro lazo, si cabe más fuerte, continúa uniéndonos hasta hoy. Una mirada clara y penetrante de ojos grandes y abiertos llena los recuerdos de esos primeros instantes.

#### PATRICIA (2)

- Ahora la recordamos vertiginosamente, con todos los sentimientos y sensaciones. Esa, la tercera noche sin sueños, era más que un sueño, era más que una visión. Esa noche mágica será imborrable para todas las personas que estábamos confiando en la poderosa sabiduría de las mujeres. Volver a confiar en el propio cuerpo es un desafío muy grande cuando esta sociedad niega esa posibilidad a las



mujeres. Esa convicción estuvo muy presente en esa larga noche. Llegó el momento en que el agotamiento fue demasiado, el sueño se imponía entre contracción y contracción. Antes de las seis de la mañana, llegó la rendición. Rendirse, dejar que el cuerpo se deje llevar casi de manera inconsciente entre la relajación y el dolor, permitió que Ara decidiera que ese era el momento, que todo estaba preparado para salir suavemente a la celeste luz del amanecer, sin desgarrar ni un centímetro a su madre. Emiliano estuvo muy presente, se despertó una hora antes del nacimiento y, mirando apaciblemente, participó de ese momento tan sagrado. La luz del día, suave, serena, perfumada, se comenzaba a colar por la ventana. Ara salió rápida y serenamente, solamente había espacio para la emoción, la emoción de que lo habíamos logrado, de que recuperamos la sabiduría del cuerpo, de que desafiamos a la institución médica y todas sus obsoletas prácticas. Nosotras recuperamos nuestro parto, nacimos, renacimos todas y eso fue lo mejor que pudimos hacer.

GABRIELA COB (3)

- Parir en casa es la mejor decisión que hemos podido tomar. Ojalá hubiéramos dado con ello la primera vez y no a la cuarta, ojalá no hubiera tenido que pasar por dos episiotomías, tres enemas, tres roturas artificiales de bolsa, una monitorización sin fin, una dilatación completa sin mi marido, oxitocina a raudales y la más dolorosa de las separaciones cuando me dejaban sin mis niñas nada más salir. Ojalá... pero eso ya no lo puedo cambiar. La noche del 6 de octubre no veía el momento de dormirme porque trataba de grabar en mi memoria lo que horas antes había vivido, a base de recordar una y otra vez los sonidos, los olores, las sensaciones. Rezando por tantas mujeres heridas de muerte (no heridas de parto), que es cuando se nos niega el parto.

ANA (4)

- Aquel parto tan intenso, en el que me sentí tan arropada, animada y ayudada, grabó en la memoria de cada uno de mis tejidos, de cada una de mis células, la capacidad de parir, de abrirme, derribando todas las resistencias, abandonándome a las sensaciones, sin huir del dolor, sumergiéndome en él, para salir fortificada, capaz, segura. El parto de Violeta me ha revelado muchas cosas. Entre ellas, que se puede parir sin dolor, y sin anestésicos desde luego, hablo del parto natural sin dolor. Todo fluía con una naturalidad aplastante, sin violencia interna, sin lucha, sin sufrimiento. El cuerpo se abría con la sutileza de una flor y con fuerza, como el nacimiento de un torrente de agua, surgía en mi interior, sin obstáculos, el cuerpo cedía y la pequeña deslizaba su cabecita. Y, sin darme tiempo a pensar en nada, ahí estaba encima de mi pecho. Había nacido ella solita. Decidió salir y yo le dejé. Me invadía un sentimiento de felicidad indescriptible.

#### OLVIDO (5)

- ¡Mi niña, mi niñita! Ya estaba aquí. Sin dolor. Solamente con la voluntad de dejarse llevar, de querer abrirse. En el cuarto de baño, alguien enciende la luz. «¡Pero si sois vosotros!», y rápidamente se apaga. Para que mi niñita esté en penumbra, que nada inquiete este momento. Mi niña húmeda, caliente, sobre mi tripa ya vacía, mi montoncito pegado a mí. ¡Qué bonita es! ¡Gracias niñita, gracias! ¡Qué bien lo hemos hecho! ¡qué hermoso parto! Con el cordón colgando y mi niñita abrazadita a mí, me ayudan a ir a la habitación. ¡Estoy eufórica! ¡Qué bien me mama! Montse sonríe. ¡Los cuatro juntos! La placenta no sale. No me preocupa, ¡saldrá! Está adherida. Montse, preocupada, está a mis pies, esperando a que salga. Ahora soy más sabia en partos que hace un año y sé aprovechar esas pequeñas contracciones para empujar. Naciste a las nueve y veinte y la placenta la expulsé a las diez y media. Todos juntos, que alegría,

quiero champán, brindamos, llamo a los abuelos, hablo con todos. ¡Estoy eufórica!

JUANA (5)

La depresión posparto es un fenómeno característico de la cultura occidental, con múltiples causas como, por ejemplo, el escaso apoyo que brinda a la mujer moderna el contexto de la familia nuclear. Pero también influye la experiencia del nacimiento. Si la naturaleza tiene previsto que el nacimiento sea una «experiencia cumbre» no solo físicamente, sino emocional y espiritualmente, ¿hasta qué punto la privación de esa experiencia en el curso de un parto medicalizado deja a muchas mujeres con la sensación de *partus interruptus*, de haberse perdido —ella y su bebé— algo importante que debía producirse?

Pasado el tiempo después de mi cesárea, veo que todos esos sentimientos se me juntaron dentro y no los saqué, porque quería ser una madre fuerte, eficaz, independiente y borrar de mi cabeza todo lo vivido. Pero aun con mi niña en brazos, yo seguía soñando con mi parto perfecto igual que cuando estaba embarazada, cómo sería, cuánto duraría, si gritaría, si me dejarían ponerme en otra postura, etc. Mi cerebro seguía esperando lo que mi cuerpo ya no podía darle: un parto. Durante mucho tiempo, seguí teniendo «fantasías parteras» hasta el punto de querer quedarme embarazada otra vez para vivir lo que tanto deseaba. Pienso que debería ser obligatorio que los médicos informaran de estas cosas antes de recurrir a la cirugía, solo informar, nada más que eso, soy consciente de que la medicina convencional no cree en ellas pero es que merece la pena probar, vaya si la merece. Me he sentido ignorada, humillada, frustrada y, lo peor, con un sentimiento de vacío dentro de mí, como de pérdida. Mi relación de pareja se ha visto afectada por todo esto. Durante un tiempo, no soportaba que me tocasen el vientre, me encojía cuando lo intentaban, aunque fuera mi pareja.

Las madres que tienen un parto respetado entran en su nuevo estado como madres con una vivencia completamente

diferente, que «ilumina» de forma ya permanente la relación con su bebé.

### **Una horita corta**

Le contaba a Miriam por teléfono cómo había sido mi parto, lo feliz que era y lo orgullosa que me sentía por haber parido a mis hijos como Dios manda. Miriam no entendía por qué la gente nos deseaba que el parto fuera «una horita corta». Tener a mis hijos (gemelos) en casa me ha llevado, además de las siete horas de trabajo de parto, dos años y medio de preparación. ¿Y las maravillosas horas, semanas y meses de posparto que estoy viviendo? Qué triste sería si yo pudiese reducir todo lo vivido a una cosa de un rato. De ninguna manera quisiera que mi parto hubiera durado «una horita corta». Después de parir, y durante todo el mes siguiente, tuve la sensación de estar «colocada». Recuerdo mi primer paseo en solitario, a los tres días de dar a luz. Todo el pueblo estaba nevado y hacía un sol espectacular. Las montañas estaban preciosas. Yo no me podía creer estar así, recién parida y caminando. Respirar aire puro mientras disfrutaba del paisaje y los recuerdos de lo que acababa de vivir hacía que me sonriera pensando en el aire corrupto y el ambiente cerrado que estaría respirando ahora de haber parido en un hospital.

FRANCISCA FERNÁNDEZ GUILLÉN

- (1) [www.dandoaluz.org.ar](http://www.dandoaluz.org.ar)
- (2) [www.acuario.org](http://www.acuario.org)
- (3) [www.partonatural.net](http://www.partonatural.net)
- (4) [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org)
- (5) [www.migjorn.net](http://www.migjorn.net)

Para saber más:

---

**Artículos:**

«Las matrices perinatales. Su influencia en el desarrollo del niño y del adulto.» June Singer. *Las energías del amor*. Kairós.

«Qué ocurre con el bebé que nace por cesárea.» Robin Lim Ob Stare.

«La mente del bebé recién nacido.» David Chamberlain.

«Declaración sobre el llanto de los bebés.» [www.suenoinfantil.org](http://www.suenoinfantil.org)





## Nacimiento y cultura

Una de las características del paradigma mecanicista es su división de la realidad en pequeñas parcelas sobre las cuales interviene, y su dificultad para ver la relación entre esas parcelas y el resto del sistema. En una medicina cada día más especializada, los profesionales saben más y más de parcelas más y más reducidas, haciéndose difícil mantener la visión de conjunto. Es lo que se llama visión de «túnel», una visión que dificulta la percepción entre la causa y su efecto. Es la visión que justifica la episiotomía para prevenir desgarros, siendo que una de las causas más importantes de desgarro grave es precisamente la episiotomía. Cuando se tiene exclusivamente esta visión parcial y reduccionista, es difícil percibir cuáles son las consecuencias, a distancia o en el tiempo, de las interferencias en los procesos fisiológicos y ecológicos. Esas consecuencias son el «efecto colateral».

Cuanto más se interviene desde fuera en un sistema con capacidad para autorregularse, mayor es el riesgo de efectos secundarios imprevistos. En muchas ocasiones, lo más probable es que, durante mucho tiempo, no se perciba el vínculo entre la causa y el efecto, o dicho vínculo se niegue por falta de «pruebas». En lo que concierne al parto, por más que sea un acontecimiento limitado en el tiempo y el espacio, además de sus efectos secundarios inmediatos —en términos de morbilidad, trastornos psicoafectivos, consecuencias sobre la lactancia materna—, hay otro orden de consecuencias, más sutiles, que se proyecta sobre otras áreas y otros momentos de la vida.

Un grupo de investigadores aplicaron la epidural a un número de ovejas en el momento del parto. Como consecuencia, cuando los corderos nacían, sus madres no los reconocían, desinteresándose de ellos. Un estudio similar llevado a cabo con parientes más próximos, los chimpancés, arrojaba un resultado similar. Cuando se practicaba la cesárea a las chimpancés embarazadas, estas se desentendían de sus crías. Sin embargo, cuando se inyectaba oxitocina en el cerebro a hembras jóvenes de rata que no habían parido, estas adoptaban un comportamiento maternal, ocupándose de las crías de otras ratas. En otros estudios realizados con ovejas nacidas en un parto natural, cuando se separaban a las crías de sus madres durante veinticuatro horas tras el parto, estas tampoco las reconocían. En todos los casos, la falta de vínculo entre madre y cría tras el nacimiento tenía un impacto negativo en el desarrollo y la socialización de los vástagos, cuyo vínculo roto les dificultaba la integración en el grupo y el desarrollo de conductas adecuadas a su especie. Si esto sucede así con otras especies mamíferas, ¿qué pasa con las mujeres y los bebés en el parto medicalizado? Es evidente que las mujeres, a diferencia de los animales, pueden *anticipar* la maternidad, y su conducta maternal está influida por otros factores, además de las hormonas. Pero ¿qué ocurre cuando la experiencia cumbre del nacimiento se esteriliza de sus aspectos emocionales y de apego una generación tras otra? ¿Podemos estar seguros de que la creciente violencia infantil y juvenil es ajena a la violencia experimentada por los niños en etapas tempranas de su vida?

## Hormonas del amor

El nacimiento de todos los mamíferos se produce gracias a un complejo y sofisticado cóctel de hormonas del amor, entre las que se encuentra la oxitocina. Esta hormona dirige el desarrollo del parto, pero también juega un papel fundamental en la creación del vínculo tras el nacimiento. Es la impronta, el lazo amoroso de apego entre madre y cría que se establece



tras el nacimiento de cualquier cachorro mamífero. Este lazo es tanto más intenso cuanto más dependiente es este. Y el bebé humano es de todos los cachorros el más inútil cuando nace, consecuencia directa de pertenecer a la especie más inteligente.

Como todo lo que acontece en la esfera emocional, estos procesos de apego están regulados hormonalmente. La oxitocina es la gran creadora de los lazos afectivos; se secreta en el orgasmo, en la lactancia materna, durante y después del parto. No hay otro período de la vida en que se produzca un pico de secreción de oxitocina mayor que tras el nacimiento. Es un momento de arrebatos amorosos, de auténtico flechazo entre madre y bebé. Es la forma en que la naturaleza se asegura un vínculo intenso y duradero entre ambos, una manera de garantizar la supervivencia del recién nacido a base de tener altamente motivada a una madre que tiene largos años por delante de criar a un cachorro dependiente. Del éxito de ese primer contacto depende mucho el grado de sintonía y empatía entre madre y bebé. Eso es algo que las madres que han tenido hijos de nacimientos diferentes (medicalizado o respetado) han podido experimentar. Y esta no es una cuestión menor, ya que es en esa etapa cuando madura el cerebro primitivo, que es también el cerebro afectivo. La relación madre-hijo constituye el fundamento mismo del desarrollo de la capacidad de amar, a uno mismo y a los demás.

En el parto medicalizado, es difícil que se produzca esta experiencia. Las formas de interferir este amoroso acontecimiento son tantas que es difícil escapar a alguna, y no digamos a todas. Como en el caso de las ovejas y las chimpancés, muchas mujeres se estrenan en la maternidad en un estado hormonal similar al de —por poner un ejemplo— la entrega de llaves de una casa. Sí, están contentas, qué duda cabe (y físicamente hechas polvo), pero ¿es ese «contentas» lo previsto por la naturaleza para ese momento?

¿Dónde está mi hijo? A mi hijo no lo conocí hasta pasados dos días de la cesárea, ya en la habitación compartida por una madre de parto vaginal, le veo por primera vez y me pregunto dónde

está aquel sentimiento de espera. Le veo guapo, sí, pero nada más, no siento nada más, le miro y le remiro, pero no soy capaz de sentir nada, no hay vínculo, no lo siento, me fuerzo a él. Lo pongo al pecho, no se engancha, mi hijo parece sumido en un sueño demasiado profundo durante todo el día, no se despierta para nada, todos dicen que es muy bueno, yo pienso que no es normal que duerma tanto, que no abra los ojos. Le mojo la cara con agua fría y soplo para que sea capaz de despertarse y mamar, mama nada, menos de un minuto escaso, y se duerme de nuevo, me desespero, no siento la leche, no siento nada. Pido ayuda y me traen un biberón de leche y otro de suero glucosado para cuando tenga hambre entre horas. Duración de la lactancia: un mes. Lactancia materna perdida, sentimiento de no ser mujer, no ser capaz de parir ni de alimentar por mí misma a mi hijo. Razón de la cesárea: desproporción céfalo-pélvica.

SARA

¿Qué ocurre cuando, en lugar de tener la experiencia intensa que es el parto, la mujer se siente defraudada, dolorida, con una vaga sensación de haberse perdido algo? El psiquiatra Ronald Laing habla del parto medicalizado de esta forma: «En la mayor parte de las unidades de obstetricia, ya no vemos nacimientos. Lo que allí ocurre se parece tanto a un nacimiento como la inseminación artificial se parece a la relación sexual, o la alimentación a través de un tubo al acto de comer».

Son muchas las maneras en que las rutinas hospitalarias interfieren el desarrollo del parto, despojándolo de sus aspectos emocionales y de experiencia, por ejemplo:

- La administración de oxitocina sintética inhibe la producción de oxitocina endógena, la hormona del amor que prepara para el vínculo tras el nacimiento. La oxitocina sintética no cumple las mismas funciones que la endógena, ya que no tiene los mismos efectos sobre las emociones y la conducta.
- La adrenalina también inhibe la producción de oxitocina. Es inevitable segregar adrenalina cuando uno se

siente observado, sometido, físicamente incómodo, obedeciendo órdenes, cuando tiene que hablar o pensar, cuando se tiene miedo...

- La administración de cualquier analgesia, incluida la epidural, inhibe la secreción de endorfinas, opiáceos internos que también intervienen en toda experiencia extática, de placer y de apego. Las endorfinas juegan un papel fundamental en la creación de relaciones de dependencia, y como motivador de estas relaciones. Muchos profesionales observan que la epidural también puede afectar al bebé, que nace menos alerta y dispuesto para establecer ese vínculo.
- La abrupta separación madre-bebé tras el nacimiento para las rutinas posparto impide que estén juntos, piel con piel, que es el impulso natural y el anhelo de ambos, mientras dura el «pico» de oxitocina tras el nacimiento. Es un momento mágico, que dura como mucho una hora, hasta que el bebé se duerme, y no vuelve más.

Ese pico de oxitocina también resulta inhibido por la inyección de oxitocina intravenosa para acelerar el alumbramiento de la placenta.

- Las cesáreas programadas sin esperar a que empiecen las contracciones hacen que el nacimiento se produzca sin la secreción de las hormonas naturales del parto, las hormonas del amor. Si en el parto normal se interfiere el encuentro madre-hijo, en el caso del parto por cesárea, suele ser la última de las prioridades. El encuentro se produce a menudo horas más tarde, entre un bebé que no ha experimentado el trabajo del parto y una madre dolorida que acaba de sufrir una operación de cirugía mayor.
- Las separaciones arbitrarias madre-bebé, y las administraciones de biberones de leche de fórmula y suero glucosado cuando el bebé está en el nido, interfieren la lactancia materna, esa otra gran tejedora del vínculo madre-hijo. Por eso, las tasas de éxito en la lactancia en mujeres que tienen un parto medicalizado son considerablemente menores que en las que tienen un parto

fisiológico, independientemente de su intención previa de amamantar.

Realmente las instituciones no son conscientes de hasta qué punto pueden llegar a condicionar el futuro de la relación madre-bebé y, por tanto, de la sociedad. Michel Odent, en su obra *La científicación del amor*, nos invita a ir más allá de lo que ocurre a cada madre y cada bebé, y a considerar el asunto en términos de civilización. Un número creciente de mujeres pare por cesárea, y las que lo hacen por vía vaginal son sometidas a diversas intervenciones que bloquean de una forma u otra la producción de hormonas del amor y del apego. Hoy en día, una gran mayoría de los bebés nace sin haber sido preparados para la ocasión por las hormonas del amor. Y no lo han sido ni los bebés ni sus madres. ¿Qué consecuencias tiene el hecho de que gran parte de la humanidad nazca en estas condiciones? Michel Odent plantea la cuestión de esta forma:

La solución a todos los problemas urgentes que afronta la humanidad requiere primero el desarrollo de los diferentes aspectos de la capacidad de amar. Eso incluye un sentimiento de compasión por las generaciones que aún no han sido concebidas. Es por esto por lo que la científicación del amor debe ser considerada como un aspecto esencial de la revolución científica. Una cantidad de datos indica que el período cercano al nacimiento representa el eslabón crítico sobre el cual debemos actuar. La prioridad es reconsiderar la manera de nacer de los bebés humanos, de forma tal que se perturbe lo menos posible el primer contacto entre la madre y el recién nacido. Tales consideraciones se sitúan en un contexto que conviene precisar. En lo que concierne al nacimiento de los bebés humanos, nos encontramos en una situación sin precedentes. Es cierto que todas las sociedades humanas conocidas han perturbado siempre, en mayor o menor medida, los procesos fisiológicos. Sin embargo, hasta una época reciente, una mujer no podía tener bebés sin segregar un complejo cóctel de hormonas del amor. Hoy en día, por primera vez en la historia de la humanidad, la mayoría de las mujeres, en casi todos los países industrializados, se convierte en madre sin impregnarse de tales

hormonas. Las mujeres que dan a luz por vía vaginal pueden contar con sustitutos de hormonas naturales que no son hormonas del amor (oxitocina sintética, peridurales que sustituyen la segregación de endorfinas, etc.). Las otras dan a luz por cesárea. ¿Cuál es el futuro de una civilización nacida en tales condiciones? ¿Podrá la humanidad sobrevivir a la obstetricia?

Evidentemente, el vínculo es reparable, reconstruible, al menos en cierta medida, a base de estar juntos, de mucho contacto, de lactancia materna exclusiva, de una crianza amorosa. Sin embargo, merece la pena reflexionar sobre este punto no solo por la ligereza con que se destruye este incentivo al amor que es la impronta, sino también porque la falta de consciencia acerca de las implicaciones del nacimiento es de «amplio espectro». Una alta tasa de cesáreas es un indicio de un bajo interés por la fisiología del parto. Cuando no se respeta la fisiología del parto, no se respeta a la madre, y cuando no se tiene en cuenta a la madre, mucho menos al bebé. Si se medicaliza el parto, también se medicaliza el embarazo y el puerperio. Como resultado, demasiado a menudo se crea gratuitamente mucho sufrimiento completamente innecesario, evitable y con consecuencias psicológicas, familiares y sociales.

El trato recibido durante el parto deja una larga estela sobre el estado psicológico de la madre y el bebé, y sobre la relación entre ambos. Dice Laura Gutman, en su obra *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*: «La calidad de la relación y la entrega a la fusión emocional que una madre podrá luego desarrollar con el recién nacido estará teñida de las improntas del maltrato vivido, la despersonalización y la infantilización de su ser esencial. El niño se encuentra con una madre destruida psíquicamente, que ni siquiera tiene conciencia de ello».

Por lo general y en lo que concierne al vínculo, cuando se practica una cesárea, ya sea innecesaria o necesaria, los procedimientos hospitalarios durante el posparto no mejoran las cosas. En hospitales de muchos países europeos, cuando la madre da a luz por cesárea, se cuidan al máximo las condiciones del primer encuentro, poniendo al bebé sobre la madre

incluso antes de terminar la operación y manteniéndolos juntos todo el tiempo. En España, los factores que interfieren el vínculo pueden ser tan variables como las políticas de cada hospital: separación de madre y bebé tras el parto, estancias de observación en el nido que interfieren la lactancia, biberones de suero glucosado o leche de fórmula sin consentimiento de los padres. Hay madres cesareadas que han estado separadas de sus bebés sin motivo alguno durante horas, o incluso días, después del parto. Hay bebés que no se enganchan al pecho porque han nacido dos o tres semanas antes de tiempo debido a cesáreas programadas, a menudo innecesarias.

En los grupos de apoyo, vemos a menudo lo que sucede con estos bebés que aún tenían que ser bebés intrauterinos unos días o semanas más, y que no tienen la madurez ni la energía suficientes para inducir a la madre una buena producción. Entonces entran rápidamente en un ciclo de dormir mucho porque comen poco y comer poco porque duermen mucho.

INMA MARCOS, Comadrona

Es un pez que se muerde la cola que puede arruinar la lactancia materna en pocos días. La estancia en el nido durante las horas de la noche ha demostrado ser uno de los factores que más entorpecen la lactancia materna y, por tanto, la creación del vínculo madre-bebé. Cuando los bebés lloran, y como su madre no está presente, la forma más eficaz de hacerles callar es darles un biberón. Cuando más tarde el bebé no se agarra bien al pecho, la madre no entiende por qué, se siente incompetente y convencida de que la lactancia es difícil. ¿Desde cuándo algo que es fundamental para el mantenimiento de la especie es desagradable o complicado? De esta forma inconsciente, se malogran muchas lactancias que de otro modo podrían haber sido exitosas.

Más doloroso es todavía el aislamiento que sufren los bebés prematuros en sus incubadoras, más difícil de comprender después de haberse demostrado la eficacia del método madre canguro. Es cada vez más evidente que algunas de las

secuelas que arrastran los prematuros no se deben al hecho de serlo, sino al tiempo que han pasado aislados en sus urnas de cristal, separados del cuerpo de su madre. Así lo afirma el neonatólogo Nils Bergman:

El paradigma del método canguro se basa en el hecho de que el nacimiento prematuro no es una enfermedad, y que lo que convierte al bebé prematuro en un bebé enfermo es la separación de su hábitat natural (la madre). Como también lo hará la supresión del acceso al nicho (el acceso al pecho, a la lactancia y a la alimentación con leche materna, contemplados como conceptos diferenciados). En el paradigma del método canguro, el respeto al hábitat y al nicho naturales es la base de toda la atención, al que se le añadirán el apoyo y la tecnología disponibles.

## Nacimiento y crianza

La atención que se ofrece a las familias en el hospital está lejos de responder a sus necesidades. Pero esa no es la única fuente de conflicto. La misma cultura capaz de generar esta forma de nacer tiende a imponer un estilo de crianza que tampoco se adapta a la realidad de los bebés. La madre que se ha iniciado en la maternidad sin el impulso inicial de las hormonas del apego, que ha estado separada de su bebé en las primeras horas, que tiene tropiezos con la lactancia, puede experimentar más dificultades para conectar plenamente no solo con el bebé, sino incluso consigo misma, con su instinto de madre, haciendo más desconcertante y llena de dudas esa primera etapa juntos. Insegura de sí misma, y sin las amplias redes de apoyo que antaño constituían la familia extensa e incluso el vecindario, en cuanto tiene un problema, la mujer acude al «experto».

Así, en su regreso a casa, muchas mujeres se sienten desbordadas por múltiples motivos, por sentimientos contradictorios, y también por la gran necesidad del bebé de estar en brazos, ya que, después de un parto tan agitado y separador, necesitan recuperar el tiempo perdido. En este sentido,

muchas mujeres tienen dudas acerca de si satisfacer la gran necesidad de contacto físico de los recién nacidos o ceder al «no lo cojas que se acostumbra» que forma parte de nuestra herencia cultural. Así, no es infrecuente que sea incluso la matrona o el pediatra quien en la consulta recomiende a las madres sustituir el pecho por el biberón a la primera dificultad, o aplicar los métodos conductistas para educar a los bebés, que consisten en dejarles llorar para que aprendan a dormir solos.

Pero si todos los bebés del mundo sin excepción desean estar en brazos, quizá deberíamos preguntarnos por qué eso es así, en lugar de juzgar si eso está bien o no. En la etapa primal, la mayor expresión de inteligencia es el instinto. Satisfacer la necesidad de contacto y amor del bebé puede resultar un problema en una cultura en la que la cuna, el capazo y todo tipo de cochecitos mantienen al niño separado del cuerpo de la madre. Aunque ahora existen bandoleras y foulard portabebés que facilitan las cosas a las madres. Otras especies lo tienen más fácil: el canguro también tiene bebés prematuros, pero terminan de crecer en la bolsa, y los bebés de primate son capaces de sujetarse al cuerpo de la madre desde muy pronto mientras esta salta de un árbol a otro. El cachorro humano está lejos de tener esa autonomía cuando nace. Por ser la especie más inteligente, el bebé humano nace literalmente a medio gestar, y completa su gestación fuera del útero durante otro período de entre nueve meses y un año. Visto desde este punto de vista, es fácil comprender que la lactancia materna cumple una función que va mucho más allá de la nutricional. De hecho, la lactancia materna está regulada por las mismas hormonas que regulan otros actos de amor, como el acto sexual y el parto. Con cada toma, la madre secreta oxitocina y endorfinas, que el bebé ingiere, y ambas contribuyen a tejer y reforzar día a día el vínculo que los une. El vínculo que se crea entre una madre y un bebé que mama tiene múltiples niveles. El bebé literalmente se siente parte de algo más grande, que lo ama incondicionalmente, le provee y protege.

Pero resulta complicado, cuando la madre trabaja, vivir en plenitud esta etapa fusional. Las dieciséis semanas de permi-



so de maternidad resultan escasas cuando en casa queda un bebé de cuatro meses y ambos anhelan estar juntos. Dado que la lactancia se rige por la ley de la oferta y la demanda, cuando disminuye la demanda, también disminuye la oferta. La lactancia también resulta muy entorpecida por las largas horas de ausencia.

En España, todavía vivimos la incorporación de la mujer al trabajo de una forma simplista. La mujer se incorpora a un mundo laboral pensado por y para hombres que dedican escaso tiempo a la familia. De forma que lo que en apariencia es una casi igualdad de derechos, en la práctica y por lo que concierne a la crianza, se convierte en una profunda discriminación de la mujer, al no tener en cuenta que es ella quien pare y amamanta a los hijos, y de los bebés, cuyas necesidades emocionales no se tienen en cuenta. Es la «liberación de la mujer» selectiva, que se hace relegando aún más a lo secundario aspectos intrínsecamente femeninos como es el cuidado de los pequeños.

Por ello, no es raro escuchar hablar a los políticos de guarderías de «0 a 3 años» como parte de su oferta política de medidas para facilitar la incorporación de la mujer al trabajo, una propuesta que puede resultar muy práctica desde el punto de vista laboral, pero poco realista en lo que concierne a las necesidades emocionales del bebé. Es una propuesta que se apoya en la creencia de que los bebés pueden aparcarse en una guardería con el mismo desapego que un coche en un aparcamiento. En la Naturaleza, es la inteligencia de la especie la que determina la duración, intensidad e importancia de la relación de dependencia que el bebé tiene con su madre. Que seamos la especie mamífera más inteligente no hace más que poner de manifiesto la importancia de nuestra condición mamífera y, por tanto, la necesidad de que el bebé experimente en toda su intensidad esa relación de dependencia.

La importancia de crecer los primeros meses en el seno del vínculo con la madre no es solamente una cuestión afectiva. Afecta al desarrollo de la inteligencia, a la salud, a la sociabilidad y a otros factores que conforman una persona equilibrada. Dice Rof Carballo:

La urdimbre proporciona o no al hombre, según haya sido tejida en los primeros meses de la existencia, lo que Benedek y también Ericsson llaman «confianza básica», y que podríamos también denominar esperanza fundamental o sustrato biológico de la esperanza. Al examinar con cuidado la biografía de los delincuentes juveniles o de personas diagnosticadas en psiquiatría de psicopatías, se encuentra siempre, sin excepción, un trastorno en esta función de la urdimbre primera que llamo «confianza básica».

Otros países nórdicos europeos, más avanzados en estas cuestiones, han comprendido hace tiempo que es mucho más rentable invertir en promoción de la salud que gastar en paliar los efectos psicológicos y sociales derivados de un nacimiento y una crianza separadores. Como decía un afamado médico francés: «Antes de conocer las condiciones anormales que provocan la enfermedad, hay que conocer las condiciones normales que hacen la salud». Por ese motivo, las mujeres nórdicas y de algunos países del Este disfrutaban de permisos de maternidad mucho más largos que las mediterráneas, no porque tengan más recursos, sino porque han comprendido que es más rentable apoyar directamente el maternaje que gastarse el presupuesto en sanidad, psiquiatras y policía. Problemas como la violencia, el déficit de atención, el fracaso escolar, las conductas de riesgo y otros trastornos de conducta de niños y jóvenes probablemente serían más fáciles de comprender si no se consideraran tanto un «problema» como un «síntoma» de una profunda desconexión entre las necesidades reales de las familias y las posibilidades de satisfacerlas.

En Europa, los períodos más largos de baja maternal corresponden a Suecia, Dinamarca y Noruega, con 96, 50 y 42 a 56 semanas, respectivamente. En el polo opuesto, se sitúan Alemania, Bélgica y España, con 14, 15 y 16 semanas. Casualmente, las nórdicas son precisamente las europeas que más tiempo amamantan a sus hijos, ya que a los seis meses, un 50 por ciento continúa con la lactancia. Por otra parte, es interesante constatar que esos permisos de crianza tan largos no parecen afectar negativamente a la vida profesional de las mujeres, ya que Suecia y Noruega son precisamente los países

con mayor presencia femenina en los consejos de administración (20 y 22 por ciento). Los países con períodos de baja maternal más cortos son también los que tienen una tasa más baja de mujeres en puestos directivos, inferior al 10 por ciento. La duración de la baja por maternidad no parece, además, estar relacionada con el nivel de renta, ya que varios países de la Europa del Este conceden permisos más largos que España: República Checa (28 meses), Polonia (26), Hungría (24) y Rusia (20), mientras que en Estados Unidos solamente se conceden 12 semanas de baja no retribuida, exclusivamente en el caso de empresas con más de cincuenta empleados.

Los países que apoyan a las madres para que críen a sus hijos —si lo desean— no plantean ese apoyo como un «coste social», sino como una «inversión» a largo plazo. Los niños que reciben una buena crianza en todos los sentidos son seres más saludables no solo físicamente, sino también emocional y socialmente. Es una inversión que reduce sustancialmente el gasto sanitario y la «disfuncionalidad» social.

## La violencia infantil y juvenil

Cada vez más psicólogos plantean el origen primero de la violencia como un mecanismo de reacción ante la carencia afectiva temprana. El bebé se siente parte de su madre y necesita vivir en plenitud esa etapa fusional, una realidad y una necesidad que está más allá de nuestro control y de nuestra conveniencia. La privación de esta necesidad de contacto es origen de lo que Laura Gutman llama la *violencia invisible*, no la violencia de los golpes sino la de la privación afectiva, que puede evolucionar de muy diversas formas. Hay psicólogos que ven en las conductas violentas en general y contra la mujer en particular una perversión de la necesidad primera de dependencia, una necesidad malinterpretada incluso por Freud, que consideró incestuoso y oscuro el interés de los bebés por el cuerpo de su madre. Casilda Rodríguez y Ana Cachafeiro, en su obra *La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente*, afirman:

Transformar la herida infligida a la criatura (separarle del cuerpo de la madre) en el complejo de Edipo innato es una de las más modernas y sofisticadas elaboraciones para ocultar lo prohibido y la represión primaria. Pues una vez descubiertas las pulsiones sexuales de las criaturas, se las ha convertido en algo perverso innato, que debe ser reprimido para bien propio y de la comunidad. Así se sigue ocultando el verdadero sentido del deseo materno, manteniendo como centro de toda sexualidad el falo y el coito, de manera tal que los deseos de las criaturas se entiendan como deseos de realizar el coito con la madre y de quitarle el sitio al padre, incluso antes de que la criatura se entere de que existe el padre, el falo, el coito, y unos doce o trece años antes de llegar a la pubertad.

Según Erich From: «Freud cree que el conflicto provocado por los deseos incestuosos del hombre es de orden natural y, por consiguiente, inevitable. Nosotros, en cambio, creemos que en una situación cultural en que se respete de verdad la integridad de cada individuo y, por consiguiente, de cada niño, el complejo de Edipo desaparecerá».

Mientras tanto, los sociólogos atribuyen a una «falta de límites» la creciente violencia infantil y juvenil, una perspectiva que se centra en cómo contener una violencia ya existente, pero sin tener en cuenta el «eslabón perdido», esto es, cómo se genera esa violencia. Muchos estudios antropológicos han puesto de manifiesto la íntima relación entre el nacimiento y la crianza y la forma en que conviven y se relacionan los individuos en las distintas sociedades. La estrategia de los pueblos guerreros para obtener individuos con un suficiente potencial de agresividad ha sido siempre perturbar el vínculo madre-hijo, que es la forma más eficaz de interferir el desarrollo de la empatía y la capacidad de amar. Pero como bien explica Michel Odent en su obra *La científicación del amor*, del curso actual de los acontecimientos en el mundo cabe deducir que estas estrategias están por perder sus ventajas evolutivas. Hoy en día, más que nunca, la clave reside en encontrar la forma de entendernos y convivir en paz, entre nosotros y con nuestro planeta.

Tal como demuestran los estudios tanto de psicología como de antropología, una crianza amorosa, que no rompa el *continuum* de la relación madre-hijo, da lugar a sociedades pacíficas y basadas en la búsqueda del bienestar común. El niño que se siente amado, aceptado e integrado en su familia, y no está obligado a crecer moldeado por actitudes defensivas, desarrolla una personalidad equilibrada, adquiriendo independencia de una forma natural sin perjudicar a nadie. El niño que ha sido tratado con violencia, ya sea directa o indirectamente por medio de la carencia afectiva, crecerá con un potencial de violencia interna que tomará un camino u otro según las circunstancias en las que crezca.

Mientras tanto, los profesores, las asociaciones de padres, los psicólogos y sociólogos se preguntan acerca del fenómeno de la violencia infantil y juvenil, del acoso escolar, del *mobbing* y de las bandas violentas. Detrás de todo eso, hay niños que sufren violencia y niños que crecen casi solos. Hay empresas que financian fundaciones de ayuda a la infancia, mientras someten a mujeres de países tercermundistas a jornadas laborales de entre doce y catorce horas, lo que supone casi abandonar a sus hijos. Y esta no es más que una de las paradojas que vivimos todos los días en lo que respecta a la infancia.

En realidad, quizá socialmente estemos haciendo las cosas al revés. En lugar de satisfacer plenamente las necesidades afectivas de los más pequeños, e ir estableciendo paulatinamente límites razonables a su conducta de los que el niño también se beneficia, ponemos límites a la satisfacción de sus necesidades primarias en las etapas tempranas, mientras que las estructuras (familia, escuela) se vuelven con el tiempo más y más permisivas (o ausentes) a medida que el niño crece. De esta forma, la violencia generada por una crianza desapegada encuentra un caldo de cultivo para su libre expresión en la ausencia de referencias sólidas acerca de lo que se puede y no se puede hacer. Como dice la antropóloga Jean Liedloff, en su obra *El concepto del continuum*:

En las sociedades civilizadas, las diferencias entre individuos reflejan fundamentalmente, y según el grado de alejamiento del

continuum que la sociedad tenga, la manera en que cada cual se ha adaptado a la distorsión que en su personalidad ha causado la cantidad y calidad de las carencias experimentadas. Por ello, los individuos son, a menudo, antisociales, y la sociedad les teme, como teme cualquier otra manifestación de no conformidad entre sus miembros.

Una paradoja que guarda una cierta coherencia con lo que sucede en tantos otros ámbitos. Mientras las mujeres y los bebés en el momento de parto sufren unos niveles de represión y violencia que resultan particularmente vergonzosos por cuanto los infligen instituciones concebidas para velar por su salud y seguridad, en otros ámbitos los niveles de permisividad alcanzan la categoría de delito social sin que pase absolutamente nada. Es lo que ocurre, por ejemplo, con los videojuegos analizados por Amnistía Internacional en su informe «Videojuegos, violencia y discriminación contra la mujer». Millones de copias de juegos violentos llenan las estanterías de los dormitorios infantiles y juveniles, juegos en los que las «opciones» incluyen violaciones, vejaciones y asesinatos, con consecuencias de embarazos forzados o enfermedades de transmisión sexual. Ciertamente, vivimos en una sociedad regida por una extraña escala de valores.

Para saber más:

---

«El nacimiento y los orígenes de la violencia.» Michel Odent. [www.holistika.net](http://www.holistika.net)

## Libros

*La científicación del amor.* Michel Odent. Creavida, 2001.

*El concepto del continuum.* Jean Liedloff. Ob Stare.

*La maternidad y el encuentro con la propia sombra.* Laura Gutman. RBA, 2006.

*Mujeres que corren con lobos.* Clarissa Pinkola. Punto de lectura, 2001.

*La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente.* Casilda Rodríguez y Ana Cachafeiro. Virus Editorial, 2005.







## Nacer en Europa

Por lo que respecta a la atención al parto, España tiene todavía mucho que hacer para ponerse a la altura de otros países, cuyos servicios en esta materia han evolucionado hacia modelos de asistencia más fisiológicos y de respeto hacia la madre y el bebé. En el modelo fisiológico, las intervenciones médicas se limitan a los casos que las requieren, y cada intervención tiene que estar justificada.

Una forma de tomar el pulso verdadero a la situación en España es comparándola con lo que ocurre en otros países. El caso de Holanda es una excepción, ya que nunca generalizó el parto medicalizado y el parto normal siempre quedó como responsabilidad de las comadronas. Holanda, por tanto, no ha tenido que hacer el viaje de ida y vuelta que sí han hecho otros países. Es quizá por eso por lo que aproximadamente el 30 por ciento de los partos todavía se produce en casa, atendidos por una comadrona o un médico de familia del Sistema Nacional de Salud.

Otros países, como es el caso de Inglaterra, han realizado cambios considerables en relativamente pocos años, a partir de modelos tan medicalizados y tecnificados como el de España. Espoleado por las reivindicaciones de las mujeres, las advertencias de la OMS y probablemente por el estímulo que suponía tener al doctor Michel Odent residiendo en Londres, el Reino Unido inició su transformación en los años noventa, estableciendo como objetivo el parto respetado atendido por la Seguridad Social y la promoción de la lactancia materna. También se incluyó el parto en casa como opción para partos normales dentro del sistema estatal de salud. Así, se permitió que las mujeres que lo desearan pudieran dar a luz en su casa

atendidas por una comadrona de la Seguridad Social. También se realizó una campaña de sensibilización de la opinión pública, «*Changing childbirth*», con el objetivo de cambiar las creencias y expectativas de la población y los profesionales en torno al parto y al nacimiento. El primer paso para llevar a cabo esta transformación fue devolver a las matronas la responsabilidad del cuidado de los embarazos y partos normales, y una modificación de los programas de estudios para adaptarlos a la nueva realidad.

Tenemos la posibilidad de conocer de primera mano cómo funciona el sistema de atención al parto en el Reino Unido, gracias a la cantidad de matronas españolas que se han formado y trabajan allí. Para muchas españolas, estudiar en Inglaterra ha sido la única manera de acceder directamente a unos conocimientos y un desempeño de la profesión actualizados y basados en la evidencia científica.

## Parir en Inglaterra

Las mujeres, en el Reino Unido, tienen la posibilidad de elegir cómo y dónde quieren parir, y con quién, dentro de unas limitaciones. Es decir, aunque la mayoría de mujeres pare en la sala de partos del hospital, se ofrece cada vez más el parto en casa y el parto en el *birth centre* (casa de partos).

Todos estos servicios están incluidos en el NHS (Servicio Nacional de Salud), aunque existen centros privados y las *independent midwives*, comadronas privadas que atienden el parto en casa. Cada vez más hospitales intentan crear su propio *birth centre* y sus equipos de *caseload midwifery*, en los que las comadronas trabajan en equipo conociendo a cada mujer durante el embarazo, atendiéndola en su parto, ya sea en casa o en el hospital, y cuidándola también en el puerperio. Sin embargo, está costando mucho implantar esto en algunos hospitales a causa de la falta de presupuesto y de personal.

En los *birth centre*, la mujer se encuentra en una habitación o casa con su baño, su cocina incluso, salita y habitación para parir con bañera de partos, la silla, la pelota, los sacos y

cuerdas, para poder estar activa durante el parto movilizándose y facilitando el progreso y el nacimiento. En esos lugares, no suele haber una cama o, si la hay, está en un rincón. La decoración es hogareña y se les invita a poner sus propias fotos y su música. La mayoría tiene una unidad obstétrica cerca pero hay algunos centros que están aislados y precisarían de transporte para traslados al hospital, lo que equivale al parto en casa. Estos centros son creados, regidos y llevados por comadronas solamente. Sin médicos.

En cada *birth centre*, hospital o equipo de *midwives*, se rigen por unos protocolos que deben estar siempre acordes con las guías nacionales, como las NICE *guidelines*, la RCOG, la RCM y la CEMD. De tal modo que las mujeres candidatas a parto en casa o *birth centre* son seleccionadas según su historia obstétrica y su riesgo. Cualquier factor de riesgo como diabetes gestacional, preeclampsia, hemorragia previa, etc., será razón suficiente para parir en una unidad obstétrica o sala de partos.

En el hospital, el parto en el Reino Unido ha sufrido una evolución como en todos los países. Del parto tradicional de principios del siglo xx dirigido por el médico, se ha evolucionado hasta llegar al trabajo en equipo entre comadronas y obstetras gracias a la organización de los colectivos y de las madres. La comadrona lleva el liderazgo en los cuidados cuando la mujer es de bajo riesgo. Sin embargo, ante cualquier factor de riesgo, los médicos se involucran en el cuidado durante el embarazo y el parto, y aunque sea la comadrona la que permanezca con la mujer en la habitación, el equipo deberá estar al corriente y listo para actuar en caso necesario.

En el parto de bajo riesgo, la mujer no suele ver a ningún médico en todo el proceso. La comadrona a cargo decide quién entra en la habitación, así que los estudiantes solamente pueden asistir con permiso especial de la mujer. La comadrona procura un ambiente favorable protegiendo la intimidad, relacionándose con los acompañantes, y pide permiso a la madre para cada procedimiento, desde hacerle un tacto vaginal, hasta darle alguna medicación.

La mujer puede moverse tanto como quiera, en la habitación o también fuera, se la anima a que utilice la pelota, el agua, andar, la silla de partos, los sacos y almohadones en el suelo, etc. Puede parir en la cama, de pie, en cuclillas, a cuatro patas, de lado, en la silla de partos, siempre promocionando las posiciones verticales. En muchos hospitales, se ofrecen alternativas al dolor en el parto como el entonox, terapias complementarias, la TENS (neuroestimulación eléctrica transcutánea), el agua, opiáceos, que redundan en un bajo índice del uso de la epidural por parte de las madres. También el acompañamiento y apoyo emocional se considera un método efectivo para enfrentarse al dolor de parto. Sin embargo, no es así en todos los hospitales del Reino Unido. En algunos se utiliza más la epidural sin ofrecer muchas alternativas, dependiendo de la clientela y la clase médica.

Normalmente cualquier práctica realizada debe estar respaldada por un estudio de investigación reconocido por las instituciones. Por eso, no se practica la ruptura de membranas si no hay justificación, no se realiza la monitorización continua a menos que haya una razón de peso, no se pone una vía endovenosa a todas las mujeres y no se administra oxitocina de forma rutinaria, tan solo cuando no hay progreso o en inducciones. Tampoco se practica la episiotomía rutinaria ni se suturan desgarros de primer grado si no sangran. Esta práctica no es exclusiva del Reino Unido, sino que es acorde con las recomendaciones de la OMS.

En los partos de alto riesgo, suele haber más intervenciones como la monitorización, pero, aun así, el rol de la comadrona consiste en mantener lo mejor posible un ambiente favorable al parto y facilitar la movilidad y la participación de la mujer. El hecho de ser de alto riesgo no influye en la posición elegida por la mujer para el parto, sino que dependerá de la pericia y confianza de la comadrona que la asiste.

Al nacer el bebé, se favorece el *skin to skin* («piel con piel»), para facilitar el primer contacto y la lactancia. Se pide permiso para aplicar cualquier procedimiento al bebé. Normalmente no hay ningún procedimiento que no se pueda realizar más tarde, así que se respeta el contacto. Nunca sepa-

ran al bebé de la madre a menos que tenga que ir a cuidados especiales.

La otra cara de la moneda en el Reino Unido es que se realizan muchas cesáreas programadas, por varias razones: la ignorancia social sobre el parto hace que muchas mujeres pidan la cesárea para parir como las famosas, pensando que es mejor. Otra es que ya no se atreven a hacer partos vaginales con gemelares y nalgas. Se está perdiendo un conocimiento muy valioso, relacionado con el último punto: a causa de la falta de personal, las unidades suelen estar llenas de personal inexperto recién llegado; tanto comadronas como médicos residentes se asustan ante cualquier situación y, por el miedo a ser denunciados si algo va mal, prefieren hacer la cesárea y lavarse las manos. Es la presión de la exigencia del público sobre un sistema que no logra mantener los niveles de personal adecuados. Por eso, en febrero, que es cuando entran los residentes nuevos, suelen dispararse las cesáreas y, en verano, van bajando.

Así que tenemos cosas positivas y negativas que aprender del Reino Unido y aún estamos a tiempo de evitar caer en muchos errores si nos organizamos bien en España.

MIREIA MARCOS  
Y CARINA LÓPEZ BALLESTER,  
*Midwives*

## La atención al parto en Holanda

Holanda es un país próspero, moderno y desarrollado. Al mismo tiempo, es el país que mejor demuestra que un parto sin violencia es totalmente seguro e incluso más seguro que un parto hospitalario. Es el país con menor tasa de mortalidad perinatal, en el que entre un 30 y un 40 por ciento de los partos tiene lugar en el ¡propio hogar! Se aplica la cesárea en un 8 a 10 por ciento de los casos y la epidural en un 8 por ciento. Las episiotomías no superan el 10 por ciento.

¿Cómo son posibles estos datos tan sorprendentes?

En Holanda nunca se perdió la tradición de que una mujer asistía a otra durante el parto (la comadre o la comadrona). Cuando tuvo lugar el auge del parto hospitalario, un fenómeno que se dio en todos los países desarrollados, se mantuvo en este país la costumbre de dar a luz en casa en un determinado grupo de mujeres. Y les seguían asistiendo las comadronas. Estas siempre han mantenido su lugar propio en la sociedad, lo que las ha salvaguardado de la hegemonía del estamento médico. Gracias a los propios esfuerzos de las comadronas que reivindicaban sus derechos como profesionales, se ha conseguido que hoy en día la colaboración entre comadrona y ginecólogo sea excelente y fructífera. La comadrona es la profesional del embarazo normal; acompaña a la embarazada en todo el proceso hasta el nacimiento de su bebé y la fase posterior al parto. El ginecólogo es el profesional del embarazo con complicaciones, como puede ser un embarazo múltiple o una mujer con un riesgo especial. Cada uno tiene su función.

Las comadronas trabajan generalmente en sus propias consultas (varias se agrupan para poder dar un servicio de veinticuatro horas a sus clientes). Cuando la mujer se pone de parto, llama a su comadrona. Ella acude a su casa. El parto ¡siempre empieza en el propio hogar! Si todo transcurre favorablemente, la mujer se queda en casa, asistida en todo momento por la comadrona, y tiene al bebé en la intimidad de su hogar. En la última fase del parto, o justo después de él, según la preferencia de la parturienta, acude una *doula* al hogar, un tipo de asistente-enfermera que, desde aquel momento hasta los siguientes ocho a diez días, cuidará a la nueva madre y a su bebé. La *doula* también ayuda en las tareas domésticas, como lavar, preparar la comida, hacer la compra, llevar al mayor al colegio, etc. De esta manera, la nueva madre puede dedicarse plenamente a su bebé.

Si durante el parto se presenta algún problema que la comadrona no pueda solucionar, la parturienta y ella se desplazan al hospital. La comadrona llama anteriormente al hospital para cerciorarse de que hay plaza (si no, llama a otro centro hospitalario) y para informar al ginecólogo sobre la situación.

La comadrona permanece en todo momento con la mujer. Si se trata de un problema menor, es la comadrona la que termina el parto, bajo vigilancia del ginecólogo. Si se trata de una necesidad como la cesárea, lógicamente el ginecólogo tomará el relevo. En el primer caso (una intervención pequeña), la mujer vuelve a casa nada más dar a luz y es la comadrona la que lleva los controles posparto, visitándola durante varios días y vigilando tanto su estado de salud como el del bebé.

Todos estos gastos, incluidos los de la *doula*, son cubiertos por la Seguridad Social o seguros privados. No obstante, si la parturienta quiere irse al hospital sin que haya un motivo médico, ella misma tendrá que pagar los gastos.

Numerosos estudios, llevados a cabo desde los años ochenta hasta ahora, han puesto de relieve que dar a luz en el hospital sin que haya una causa que lo justifique conlleva más riesgos para las madres y sus bebés que dar a luz en casa. Las comadronas saben como ningún otro profesional cómo animar a una parturienta en las fases difíciles del parto, conocen miles de trucos sencillos e inocuos para agilizar el proceso del nacimiento (a veces tan duro y costoso) y saben esperar con paciencia y profesionalidad. Han tenido una buena formación profesional y han asistido a partos en casa y en el hospital durante sus prácticas. Sus intervenciones son más «suaves» y esto es ¡toda una ventaja! Hay que tener en cuenta que cada intervención médica de las que se aplican en el hospital de forma rutinaria, con tanta facilidad y despreocupación, como la administración de oxitocina, la episiotomía, la epidural, etc., tiene su efecto secundario y corta el proceso natural bioquímico que se da entre madre y bebé. Ello dificulta la lactancia materna, el primer contacto entre madre y bebé, la respiración de este, etc.

Podemos concluir que la mujer en Holanda vive realmente su parto (no lo pone en manos del ginecólogo); incluso cuando debe tener lugar en el hospital, como, por ejemplo, en caso de gemelos, no se trata de un parto medicalizado: también en este caso se espera la evolución natural del proceso y no se interviene de forma rutinaria. Por ello, solo un 14 por ciento de los partos gemelares es por cesárea y el resto

por vía vaginal. Este porcentaje en España se eleva al 50 por ciento, ya que muchas veces se planea la cesárea como «medida preventiva».

En Holanda, reina la convicción de que la mujer está capacitada para dar a luz por sus propias fuerzas (y con ayuda de algún profesional). Además, se considera el embarazo y el parto como procesos sanos y no como una enfermedad. La mujer no pierde la autonomía sobre su cuerpo durante el parto, ya que confía en este proceso natural. Desde pequeña ha sabido que dar a luz es algo que duele, pero que es hermoso e impactante a la vez. Se acepta el dolor como algo inherente al parto; es un dolor que tiene una función y, en contraste con otros dolores, no es señal de que algo va mal. Al contrario: advierte que el bebé está de camino y que todo va bien. El parto es para la mujer, en Holanda, una manera de descubrir facetas desconocidas de ella, como su valentía, sus fuerzas, sus miedos, lo que en sí mismo es una ayuda inestimable para su nueva maternidad.

COKS FEENSTRA es autora de  
*El gran libro de los gemelos y*  
*El día a día con los hijos*  
(Medici)

## Dar a luz en Noruega

Yo he dado a luz dos veces en Noruega, partos muy rápidos y sin complicaciones en la semana cuarenta. Por supuesto, mis experiencias se limitan a eso, no puedo hablar de cuando aparecen problemas. Seguro que no siempre es así como lo cuento, pero sirve para hacerse una idea de cuál es la filosofía que se sigue. Por cierto, hablo de hospitales públicos.

La fecha probable para el parto que me habían dado era el 8 de julio. Ese día teníamos el último control con el médico. Los controles del embarazo son alternos, con el médico de cabecera y la matrona. Al ginecólogo no le ves, a menos que tengas algún problema, igual que el médico de cabecera no te



envía al especialista por un resfriado, porque, dicen, el embarazo no es una enfermedad.

El médico nos dijo que sería la última vez que le veríamos durante el embarazo, porque después de la semana cuarenta es el equipo de la maternidad el que se hace cargo. Me concertó cita con ellos para el lunes, en caso de que el bebé no hubiera nacido durante el fin de semana. La burocracia es mucho menor, el médico directamente concierta la cita, no te tienes que preocupar por nada, y si el niño naciera antes, tampoco hay que molestarse en cancelar la cita, porque al ser en el mismo sitio donde das a luz, se cancela automáticamente. Nos dijo que en la maternidad, a partir de la semana cuarenta, y dependiendo de cada caso particular, te suelen controlar cada dos o tres días, o bien una vez por semana. Que la fecha probable de parto es solamente una indicación aproximada, y el parto bien podría empezar dos semanas después, y no pasa nada. Nos dijo que si estábamos muy impacientes, la mejor manera de provocar el parto era el sexo.

La mañana del día 11, sábado, me desperté a las cinco de la mañana con algo que creí que podían ser contracciones. No estaba segura, porque eran muy ligeras. Cogí un reloj y estuve contando los minutos entre las mismas, venían a intervalos muy irregulares: una a los diez minutos, otra a los cuatro, otra a los doce, otra a los siete... Así pasaron dos horas, la verdad es que el tiempo se me pasó muy rápido, entretenida contando minutos. A las siete, desperté a mi marido, pues yo ya estaba convencida de que ese día nacería Erik.

Antes de ir al hospital, a menos que sea una emergencia, se debe llamar primero por teléfono. Hay una línea directa con la maternidad. Hablé con una matrona, que me preguntó muchas cosas y me dijo que, como era primeriza y no tenía contracciones regulares ni dolor, el parto podía llevar unas cuantas horas, y me recomendó que me quedara en casa, que es donde se está mejor al fin y al cabo. Me dijo que cuando tuviera contracciones cada cinco minutos, o dolor intenso, o simplemente cuando me apeteciera, me fuera para allá.

Mi marido se volvió a acostar, pensando que nos esperaba un día largo, pero yo no podía dormir. Me fui al salón y me

senté a esperar que pasara algo, me moría de impaciencia por tener al bebé en los brazos, después de nueve meses tan largos. Encontré una posición comodísima, de rodillas con los brazos apoyados en el sofá, y estaba muy relajada y a gusto. Tenemos una casa en la playa y, en las noches de verano, me gusta sentarme en la terraza y escuchar las olas, y de eso precisamente me acordaba en esos momentos, las contracciones venían y se iban, como las olas del mar, me diréis que estoy loca, pero disfruté de las contracciones, fue una de las veces en que mejor me he sentido en la vida. Eran muy agradables, para nada dolorosas (ahora sé que las endorfinas tienen algo que ver con esto). Sentí ganas de ir al cuarto de baño, y después me duché. El agua caliente estaba genial, podría haberme quedado una hora en la ducha.

Después volví al salón a esperar y así pasó otro rato. Seguía estando muy a gusto y tranquila. Pero de repente empezaron a temblarme los muslos, no podía controlarlos, y pensé: «¡Oh, no!». Había leído que esa es una de las señales de que la fase de dilatación se acerca al final.

Inmediatamente me entraron unas ganas de vomitar terribles: otra señal del final de la dilatación. ¡Y yo allí! Entre que no tenía dolor y que las contracciones seguían siendo a intervalos irregulares, ¡casi nos nace el niño en casa!

Desperté a mi marido y salimos pitando hacia el hospital. El trayecto en coche fue terrible, estaba incomodísima sentada. Tenía contracciones cada tres y siete minutos, alternas. Llegamos al hospital. Justo delante de la puerta, hay aparcamientos gratis reservados para los que vienen de parto, algo muy conveniente. En la recepción, me dieron a elegir silla de ruedas o una camilla, pero yo quería andar. Andando me sentía mucho mejor que sentada o tumbada. Menos mal que en el camino hacia la maternidad, tienen una barra en la pared para quien necesite apoyarse al andar, porque entonces sí que tenía contracciones fuertes y, en la cima de la contracción, empezaba a sentir dolor. Yo pensaba: «Jo, si esto es solamente el principio del famoso dolor de parto, que me pongan la epidural». Hasta entonces no me había decidido, pensaba esperar a ver cómo me iba antes de pedirla. El caso

es que no hizo falta, porque eran las últimas contracciones, y no duró mucho.

Llegamos a la maternidad, nos recibió una matrona que se llama Inger Lise Paulsen y nos hizo pasar a una sala de exploración. Me dijo que me tumbara para ver cuánto había dilatado, pero en ese momento venía una contracción. «Un momento...», le dije. «Cuando quieras», me contestó ella. Y... ¡me olvidé de ellos! Había leído que una mujer con trabajo de parto está tan concentrada en sí misma que olvida todo lo que sucede a su alrededor, y es verdad. Fueron dos contracciones que vinieron muy seguidas, y cuando pasaron, sentí que alguien me miraba, me volví y allí se encontraban mi marido y la matrona, esperando. Yo estaba en otro mundo. «Lo siento, me había olvidado de vosotros.» «No pasa nada, yo no voy a ninguna parte, tómate el tiempo que necesites», me contestó la matrona. Me subí a la camilla, lo que me costó un montón, y el caso es que esas habían sido las dos últimas contracciones: tenía 10 centímetros de dilatación. La matrona me decía: «Eres tan fuerte, lo haces tan bien, fantástico». Creo que estaba un poco impresionada porque yo hubiera aguantado las contracciones tan bien. La verdad es que esas últimas sí dolían, pero no era en absoluto el dolor inhumano del que habla mucha gente, era perfectamente soportable, y además dura muy poco tiempo.

Entonces la matrona me dijo que me quitara el vestido y me dio una especie de camisón corto abotonado por delante y dijo, excusándose: «Tenemos prisa. Pasamos a la sala de partos número 1, las otras son mejores, esa es la más pequeña, pero es que es también la que está más cerca. ¡No tenemos mucho tiempo!». A mí, en esos momentos, me daba igual, no me iba a fijar mucho en si era grande o pequeña o moderna o no.

Estaban reformando las salas de parto (son individuales) y las nuevas son muy amplias, con bañera de hidromasaje, y muy acogedoras, para que recuerden lo menos posible a un hospital, pero la número 1 es una de las antiguas y, por eso, a ella le daba reparo llevarme allí teniendo otras mejores.

Así que allí estábamos la matrona, mi marido y yo, en la sala 1. La matrona me dijo: «Qué quieres hacer? Has pensado en qué postura quieres ponerte?». «No, no mucho, por ahora

prefiero estar de pie.» «Muy bien, así la fuerza de la gravedad ayuda. En cuanto sientas ganas de empujar, déjate llevar, eso es todo. Hazme una señal.»

Yo estaba mirando por la ventana, a la calle. No sé cuánto tiempo pasó, pero no debió de ser mucho, cuando sentí un líquido caer por mis piernas. «Hmm... me parece que he roto aguas.» «Tal y como estás no puedo verlo, tienes que tumbarte para que lo pueda confirmar.» No sé por qué en ese momento me pareció tan importante que confirmara que la bolsa se había roto, así que, aunque no tenía muchas ganas de tumbarme, me subí a la cama. La sorpresa fue que la postura era muy confortable, medio incorporada, con las piernas flexionadas. Tenía una especie de cojín gigante redondo detrás de la espalda y estaba muy cómoda. Así me quedé.

A partir de aquí, todo pasó en cuestión de veinte minutos. Me volvió a decir: «Cuando sientas ganas, empuja». Me sentía muy fuerte, y con un control total de mi cuerpo. Demasiado. Tenía muchas ganas de terminar, ¡estaba tan impaciente! Las pausas entre pujos me parecieron demasiado largas, así que hice lo peor que podía haber hecho: empecé a empujar sola, sin esperar a sentir la necesidad, un par de veces. Como yo empujaba cuando no tenía que hacerlo, la matrona creyó que el bebé tenía problemas para bajar, cuando en realidad el pobre necesitaba más tiempo. Para escuchar el corazón del bebé, las matronas siempre usan un aparato que creo que se llama «Pinnard», una especie de trompetilla de madera para auscultar la barriga. Dijo que no podía escuchar bien, y pidió que le trajeran un monitor (solamente usan externos) para asegurarse de que no había sufrimiento fetal. Por lo que he visto ahora, las salas nuevas tienen cada una un monitor. Aquella no, y entonces el monitor venía a ti, tú no te movías. Ni que decir tiene que me asusté tanto que dejé de empujar, no volví a empujar ni una sola vez más. Me puso una mascarilla con oxígeno y mandó llamar a un ginecólogo, por cierto, el único que he visto en Noruega. Las matronas se encargan de los partos normales, el ginecólogo solamente aparece si hay complicaciones. Él miró el monitor, me miró a mí y dijo que todo iba bien, solo que muy rápido, y que me dejara el oxígeno puesto.

El bebé terminó de nacer por sí solo, yo no hice nada de nada. Noté cómo se estiraba el periné y la matrona me dijo: «Va a coronar de un momento a otro, sentirás como si te quemara». A pesar de haber leído sobre eso y de que ella me avisara, me sorprendió. Una sensación tan extraña, porque era únicamente la sensación de que te quema, no el dolor. Podía sentir perfectamente el círculo de la cabeza. En cuestión de segundos, tenía a Erik al pecho, todavía con el cordón umbilical. Me miraba con unos ojos enormes, muy abiertos, como con mucha curiosidad. Nosotros le hablábamos y él mantenía la mirada fija en mis ojos. «Acércalo al pecho, a ver si tiene ganas», dijo la matrona. Inmediatamente se puso a chupar, y de regalo me soltó todo el meconio por encima. «¡Míralo qué satisfecho! Vaciar el intestino cuando mamen es un reflejo normal en los bebés, ahora sabemos que le funciona bien», nos explicó la matrona. Sacó un Apgar de 9/10, porque al nacer tenía las manos y los pies un poco azulados.

Después de bastante rato, su padre cortó el cordón umbilical. Dice que no fue muy agradable, porque al cortarlo, mi barriga se movía y, aunque le habían dicho que no duele, tenía miedo de que así fuera. Yo no sentí nada.

En total fueron menos de seis horas de parto, desde que me desperté a las cinco de la mañana hasta que nació el niño a las 10.38, bastante rápido para ser primeriza.

La matrona nos preguntó si nos oponíamos a que le pusiera vitamina K al niño, nosotros sabíamos muy poco del tema, solamente por encima, y la verdad es que no sabíamos qué decidir. Le pregunté qué haría ella si se tratara de su hijo, y me dijo que sí, que a sus hijos se la habían puesto. Así que le pinchó. Y me pinchó a mí, con oxitocina (10 i.e., que no tengo ni idea de cuánto es), explicó que esto lo hacen de rutina, creo que para ayudar a que la placenta se desprenda. Al rato, me dijo que si era capaz de empujar para el alumbramiento de la placenta, y solamente con un poco de presión, salió. Por cierto, a ella le pareció una placenta preciosa. Me hizo tanta gracia. Nos dijo que era totalmente simétrica, de color uniforme, grande y perfecta, como la que sale en los libros de texto. Nos explicó por dónde estaba adherida al útero y por dónde

se había roto. El gordito seguía enganchado al pecho, más a gusto que nadie.

La matrona salió para dejarnos intimidad y dijo que volvería dentro de un rato. Y allí nos quedamos los tres, flotando y tan emocionados.

Al rato volvió con una bandeja con el desayuno para mi marido y para mí. Mientras comíamos, ella lavó bien al niño, lo pesó, lo midió y lo vistió allí mismo (tienen lo necesario en la misma sala). Erik pesó 3 kilos y 635 gramos y midió 53 centímetros. Nos volvió a dejar solos, por si quería dormir un poco y, tras un par de horas, nos trasladaron a la habitación, en otra ala del hospital, donde te alojas cuando el niño ya ha nacido.

## **Los tres días en el hospital**

Al bebé lo llevas tú en brazos, te trasladan en camilla. Si, como yo, te encuentras bien y quieres andar, es una auxiliar la que lo lleva en brazos, y va a vuestro lado. Al bebé no lo pierdes de vista ni un minuto. Las cunitas tienen ruedas, y allá donde vas, lo llevas contigo. Es posible pedir a una enfermera que lo cuide un rato, mientras te duchas, si tu marido no está. También se puede pedirles que se lo lleven unas horas por la noche, si estás agotada y quieres dormir. Los ponen en la sala de estar de las enfermeras y matronas que se encuentra en el centro de la planta, justo en medio de todas las habitaciones. Pero si no, no se separa de ti.

Si por la noche un bebé de los que están allí llora, intentan calmarlo y si no, se lo llevan a su madre, para que le dé el pecho. No les dan ningún biberón. Biberones y chupetes están prohibidos, porque producen confusión en el bebé. La lactancia materna exclusiva es hasta los seis meses. A partir de ahí, se empieza con papillas, poco a poco. Muchísima gente da el pecho más de un año. A nadie se le pasaría por la cabeza no dar el pecho, es lo normal y lógico. En Noruega, tienen una media altísima de duración de la lactancia, en torno al año, y están muy orgullosos de ello.

En el hospital, estuvimos tres días. Normalmente son solo las madres y los bebés los que se quedan por la noche, sobre todo si se tienen otros hijos, pero es posible pedir una habitación familiar con cama de matrimonio para que también se quede el padre por la noche.

Los días en el hospital son para aprender, como enseguida te dicen las matronas que están en esta ala. Te enseñan todo, a cambiar pañales, vestir al bebé, bañarlo, cuidado del ombligo, amamantar... Y si el padre no está en ese momento, esperan a que esté, porque por supuesto él también tiene que aprender. Si tienes problemas para que se coja al pecho, te ayudan y aconsejan. Te explican sobre el sangrado y qué hacer, o sobre cualquier cosa que se te pueda ocurrir. Al tercer día, viene el pediatra y examina al bebé. Los niños que tienen problemas están en otra ala, así que a los que en principio están bien no les hacen la revisión completa hasta el tercer día. Y al cuarto día, si todo ha ido bien, a casa.

Las habitaciones tienen dos puertas, una detrás de otra, separadas por un espacio, para amortiguar el ruido que pueda haber en el pasillo. Cuando nació nuestro segundo hijo, mi habitación estaba justo enfrente de la sala de enfermeras, que tenían algunos bebés por la noche, pero no se oía si lloraban, a no ser que abrieras la puerta exterior. La insonorización era perfecta. Todo silencio, paz y tranquilidad, solamente a la hora de las visitas se animaba algo.

El padre puede entrar cuando quiera, pero las visitas únicamente tienen dos horas cada día, y con eso son muy estrictos.

Hay tres salas grandes comunes. Una sala de estar, donde hay algunos libros y televisión —tele en las habitaciones no, porque son para descansar—. Un comedor —no se come en las habitaciones, a no ser que te encuentres mal—; siempre hay té y café para los padres, aunque comida no les dan esos días. Y también hay una sala con sillones muy cómodos y almohadas para dar el pecho, la «sala de lactancia».

Durante los días en que estás en el hospital, te visita una fisioterapeuta para enseñarte ejercicios para fortalecer el periné y recuperarte después del parto, y cosas importantes,

como empujar un cochecito de bebé usando las piernas y no la espalda. Te da varios folletos en los que se explica todo, con dibujos.

También te visita una matrona, para hablar de tu parto a posteriori. Creen que esto es muy importante, para aclarar dudas, y también si tienes sugerencias o quejas, puedes hacerlo entonces, con tranquilidad.

Cuando ya estás en casa, en la segunda semana después del nacimiento, viene la pediatra a verte para otra revisión, pues una recién parida no está para andar de aquí para allá, sino para que la cuiden y la mimen. Para los siguientes controles sí que te desplazas tú al centro de salud, que es uno especial para niños, normalmente al lado del centro de salud local.

En cuanto al parto en sí, lo que a mí no me dio tiempo a probar: durante la fase de dilatación, como alivio del dolor, te ofrecen la posibilidad de que un fisioterapeuta te dé masajes; usar la bañera de hidromasaje, en la que también puedes dar a luz si quieres (parto en el agua); acupuntura; y varios tipos de anestesia, por supuesto epidural siempre que quieras.

Tu marido está contigo todo el tiempo, incluso si hay que hacer una cesárea, que suele hacerse con epidural y no anestesia general, excepto en algunos casos en que es de urgencia. Son muy amables y atentos y tú eres la que manda, te dicen que tú tienes que estar a gusto, no ellos.

En cuanto a las posturas para dar a luz, tienes luz verde, te pones como te parezca mejor, o como te pida el cuerpo.

Por rutina no se hace ni rasurado, ni enema, ni ponen oxitocina para aligerar, ni suelen hacer episiotomía. Nada de esto, a no ser que lo pidas expresamente o lo necesites.

## **Mi segundo parto: nacimiento de Daniel**

Este fue muy rápido, duró hora y media. Como fecha probable del parto, me habían dado dos: el 23 y el 25 de noviembre de 1999. Justo el día 23, estaba de broma diciendo que me parecía tener contracciones, pero no estaba segura, eran muy ligeras. Durante la cena, como estábamos charlando muy en-



tretenidos, se me olvidaron, así que pensamos que no eran «de verdad». De madrugada me desperté de repente a la 1.59. Creo que me despertó el niño al encajar la cabeza en la pelvis. Yo estaba durmiendo de lado. Sabía que Daniel iba a nacer pronto, me duché y preparé todo, y desperté a mi marido. Esperando a que él se arreglara, rompí aguas. Fuimos al hospital, y en el coche empecé a preocuparme porque ¡tenía contracciones cada minuto!

Llegamos a las tres de la mañana, esta vez nos llevaron directamente a una sala de partos. La matrona me examinó y dijo que tenía 8 centímetros de dilatación. Como podía tardar un rato, dijo que se iba a terminar el papeleo de un parto que acababa de asistir y que si necesitábamos algo, que la llamáramos. Estupendo, porque yo tenía ganas de ir al cuarto de baño. Pero en cuanto entré, ¡me di cuenta de que era el niño que nacía! Le dije a mi marido que tocara el timbre para llamar a la matrona, que el niño tenía prisa. Llegó ella y abrió los ojos como platos: ¡ya podía verle la cabeza al niño! Yo no hacía absolutamente nada. «No empujes —me dijo—, va muy rápido y te vas a desgarrar.» «Pero si no estoy empujando, no hago nada.» Tenía unas contracciones del expulsivo enormes, involuntarias. Veía mi barriga moverse como si tuviera vida propia. La sensación no era muy agradable, sobre todo comparada con mi primer parto, en el que tenía control total. Aquí era espectadora solamente. En diez minutos, nació Daniel, a las tres y veinte.

No me desgarré nada, yo creo que fue gracias a la matrona, no sé si me dio masaje, pero sí que contuvo un poco la cabeza del niño para que saliera más despacio. Por cierto, llevaba una vuelta de cordón. Era un bebé perfecto, totalmente rosado y muy despierto, sacó un Apgar de 10/10, que es poco frecuente. La misma matrona nos dijo, como un secreto, que era uno de los bebés más bonitos que había visto nunca, y había visto muchos. Me lo puso al pecho enseguida, y al rato mi marido cortó el cordón umbilical. La placenta pesó 530 gramos, esta matrona también dijo que era una placenta muy hermosa.

Era increíble lo espabilado que estaba Daniel, nos miraba y parecía que sonreía. Cuando la matrona lo pesó y lo midió,

le hizo una caricia y él se movió como si tuviera cosquillas. Como era por la noche, nos dejaron en esa habitación hasta la mañana, en que nos trasladaron a la otra ala. ¿Dolor? ¿Qué es eso? Si no me dio tiempo a nada.

Al despedirse de nosotros, la matrona nos dijo que para el próximo pidiéramos un parto asistido en casa, porque al hospital no llegábamos seguro. Mi gran terror es que a la matrona no le dé tiempo a llegar. Después de ochenta minutos, ¿cuánto puede durar el próximo? ¿Media hora? Uff.

M. BEGOÑA FREJEIRO. Noruega

## La transición

Muchos profesionales que desean hacer cambios se refieren a la fuerza que mueve al sistema como «la inercia». Ajeno a las implicaciones psicológicas y sociales de su trabajo, el sistema establece unos procedimientos de rutina. Estos excluyen un adecuado control de calidad y el reciclado de los procedimientos, rutinas y actitudes de acuerdo con la evidencia científica. Las causas del alto grado de intervencionismo son muchas, y juntas forman un conglomerado que apuntala y anquilosa la situación: una profunda incomprensión de la fisiología del parto, la visión de la mujer y el bebé como objetos pasivos del trabajo de otros, unos planes de estudios que alimentan la formación de profesionales con una visión patológica del parto, el carácter jerárquico que rige las relaciones entre la institución y las usuarias y entre médicos y matronas, y una medicina de corte defensivo consecuencia directa del incremento del riesgo asociado al parto medicalizado, y de la regla de tres que une los conceptos de poder y responsabilidad.

### Tecnologías apropiadas

Una de las causas de la excesiva medicalización es la mentalidad mecanicista, que considera el cuerpo de la mujer como una máquina sobre la cual hay que aplicar tecnologías sofisticadas para que funcione. Es la misma mentalidad que asocia indiscriminadamente tecnología a progreso, lo que no siempre es cierto. No lo es cuando esa tecnología se emplea para *controlar* o *sustituir*, y no para *favorecer* procesos naturales, que quedan inhibidos por ese control. Eso es algo que

ya resulta evidente en muchos campos: agricultura, ecología y también en la obstetricia y la neonatología. La OMS hace mucho hincapié en recomendar el uso de «tecnologías apropiadas», y es que la medicina basada en la evidencia ha demostrado que no por ser más sofisticada la tecnología es mejor, especialmente cuando su empleo inhibe procesos fisiológicos espontáneos y autorregulados que sin su intervención se producirían solos.

Con el término «apropiadas», la OMS se refiere a las actuaciones o no actuaciones que favorecen la progresión espontánea del parto, por lo que toda intervención no necesaria puede ser inapropiada en la medida en que inhiba, alargue y complique el parto, creando situaciones de riesgo que hagan necesarias otras intervenciones. Tal como se atiende el parto en el hospital, es muy difícil que se evolucione espontáneamente. Pero un parto espontáneo es siempre más seguro. El «reflejo de eyección materno-fetal» es la culminación del parto, de la misma forma que el orgasmo es la culminación de una relación sexual placentera. Ambos son el principio y el final de un mismo proceso, acontecimientos espontáneos e involuntarios, jubilosos, estados alterados de consciencia, altamente dependientes de las condiciones —físicas, ambientales, emocionales— en que transcurren. Si la falta de privacidad, las actitudes conminatorias y de superioridad, la incomodidad física, los pinchazos y cortes, la imposición de unos tiempos arbitrariamente establecidos harían imposible un orgasmo, lo mismo ocurre con el parto.

La creencia en la superioridad de la tecnología sobre la naturaleza y en la imperfección del cuerpo femenino ha contribuido a que se banalicen las intervenciones. La cesárea, por ejemplo, un gran avance tecnológico muy valioso en ciertos casos, se ha ido popularizando paulatinamente, en parte debido a su creciente aureola de superioridad frente al parto vaginal. Pero un alto número de cesáreas no son, como se suele pensar, indicativas de una alta calidad de la asistencia, sino de un alto grado de medicalización. Cuando se habla de la necesidad de reducir la tasa de cesáreas, siempre surgen voces que argumentan que no es posible sin afectar a la seguridad de las madres

y bebés. Lo cual es cierto... siempre que se siga atendiendo el parto de la misma manera. Mientras se siga tumbando a las mujeres en horizontal, inyectándoles oxitocina y tratándolas como subordinadas —el estrés y el miedo «contraen»—, seguirán produciéndose casos de sufrimiento fetal relacionados con esa suma de circunstancias. La reducción de la tasa de cesáreas no puede ser, por tanto, un objetivo en sí mismo, independiente de las demás circunstancias en que transcurre el parto, sino la consecuencia natural de atender a las mujeres, en palabras de la OMS, «con el mínimo grado de medicalización posible».

## Sobre el poder y las leyes

Desde el punto de vista de los derechos de las mujeres, la atención al parto continúa siendo un insólito reducto anclado en el pasado, en el que se espera que las mujeres deleguemos voluntariamente nuestra capacidad para parir con nuestro cuerpo y nuestras hormonas, nuestros instintos y emociones, en manos ajenas. Aunque en otros aspectos de la vida las mujeres hemos recobrado dignidad, derechos y autonomía, la relaciones entre la institución sanitaria y la parturienta continúan estancadas en un paradigma de sumisión y cesión de poder, a pesar de que existen leyes cuya aplicación cambiaría la realidad de un día para otro.

Muchas mujeres y también muchos profesionales se preguntan acerca de la naturaleza jurídica de esta relación. Todo usuario de la sanidad española tiene por ley el derecho a ser consultado sobre las intervenciones a las que se le va a someter y recibir información sobre su oportunidad, medicaciones, consecuencias y alternativas. Pero la mujer que ingresa de parto en el hospital recibe un trato diferente al del resto de las especialidades, ya que está previsto que se someta a los protocolos pero no que tome decisiones o tenga intimidad y libertad para expresar sus emociones y sus deseos. Eso a pesar de que la mujer parturienta es el único usuario de la sanidad que acude al hospital no por motivo de enfermedad, sino por un proceso en el 90 por ciento de los casos saludable y normal.

Sea como fuere, la realidad es que las leyes reconocen derechos que el funcionamiento interno de los hospitales impiden ejercer, dándose la circunstancia de que normas de rango inferior (los protocolos) se imponen por encima de derechos reconocidos en las leyes sanitarias. A veces, incluso, la práctica es aún más radical que los protocolos. Es lo que ocurre cuando a una mujer se le practica un fórceps o un Kristeller por «expulsivo prolongado» de cinco minutos. Teóricamente, el «consentimiento informado» es el instrumento que permite decidir a la mujer si desea o no que se le practiquen determinadas intervenciones. En la práctica, la información que se ofrece es sesgada y favorable al sistema, no se ofrecen alternativas y la firma del consentimiento sirve sobre todo para exonerar de responsabilidad a los profesionales. El hecho es que, como afirma la abogada Francisca Fernández Guillén: «Resulta ridículo pensar que los derechos de una mujer han quedado salvaguardados por el hecho de que se le pida que firme una hoja de consentimiento informado para practicar una cesárea, cuando la necesidad de hacerla es consecuencia directa de prácticas sobre las que no ha tenido ninguna oportunidad de decidir.»

Un problema añadido es el temor de los médicos a las posibles demandas, un «efecto secundario» del exceso de poder. Y es que, como recuerda el doctor Wagner, quien asume todo el poder, de paso se atribuye toda la responsabilidad. «Cuando uno juega a ser Dios, le culpan de los desastres naturales», afirma. El paradigma intervencionista se alimenta a sí mismo incluso en este aspecto. Una causa importante de medicalización de la asistencia es la medicina defensiva. En caso de demanda y asesorados por profesionales del sistema, los jueces valoran positivamente el haber hecho «todo lo posible». Pero «hacer todo lo posible» desde el principio y sin que sea necesario puede constituir un factor de riesgo en sí mismo, ya que cuanto más se interviene, más se interfiere el parto, y más susceptible es de complicarse. Así se da la paradoja de que «hacer todo lo posible» desde el principio para evitar posibles demandas puede a su vez generar situaciones de riesgo que den lugar a demandas. Concluye Francisca Fernández Guillén:

Las condenas se producen por no haber hecho una cesárea a tiempo o haber cometido negligencias relativas a la cesárea, y nunca por las intervenciones que precedieron a la operación. Es fundamental que las sentencias contemplen el riesgo de haber usado oxitocina sintética, o de obligar a la mujer a parir tumbada, por ejemplo, que es lo que en la mayoría de los casos produce complicaciones. Si no, el número de cesáreas no parará de crecer y crecer. Es muy importante alertar sobre esto.

Así, a veces ocurre que los profesionales se sienten amenazados cuando una mujer —con todo su derecho— solicita una asistencia al parto respetuosa. En realidad, debería ser lo contrario. Una mujer que solicita un parto respetado es por principio una mujer que viene muy preparada y dispuesta a ejercer su derecho y asumir la responsabilidad de parir con su cuerpo y con su alma. Además, un parto fisiológico es mucho más seguro que un parto medicalizado. Las posibilidades de que un parto respetado se complique y requiera alguna intervención son mínimas. Pero además, una mujer que se siente respetada y bien atendida no pone demandas.

Muchos profesionales, sin embargo, no lo acaban de entender. Imbuidos de su posición de poder, les resulta amenazante y ofensivo que una pareja quiera ejercer su derecho a parir de una forma fisiológica. Es el caso de Helena:

### **La dulce Lola**

Hay veces en la vida en las que uno se pregunta: «¿Cómo puede alguien así realizar un trabajo como este?», y esto fue justo lo que me pregunté cuando conocí a Lola. No creo que ella pueda imaginar cuánta mella hizo en mí, hasta llegar a la necesidad, como hoy me encuentro, de escribir y dejar constancia de nuestra experiencia juntas.

Eran alrededor de las nueve y media de la mañana del 17 de noviembre. Yo me encontraba medio desnuda y tumbada en una desinfectada cama de sábanas blancas, llevaba en mi cabeza un pequeño turbante de colores cubriendo mi cabello a modo de amuleto. Miraba las preciosas fotos colgadas en la pared,

niños angelicales jugando con globos y flores de colores. Sentí por un momento que ese era un lugar seguro para las dos. Ella entró en la habitación con paso decidido. Mujer de poca estatura, oscuros cabellos, media melena, cejas finas y labios con carmín rojo que anunciaban ya a alguien con carácter. Traía en sus manos una bandeja de metal con todo lo necesario para empezar su rutinaria jornada laboral. Empezó a hablarme como si nos conociésemos de toda la vida aunque yo no la había visto nunca antes.

«Relájate bonita, no te preocupes, guapa, ya me encargo de todo. Y tú, ¿eres extranjera?, no eres de aquí, ¿verdad? Este es mi trabajo y lo hago desde hace años, fíate de mí.»

En esos momentos, no le di demasiada importancia a esas confianzas. Un tormento intenso se interponía entre las dos, yo me dejaba llevar, soportando las olas de dolor que al marcharse no me dejaban más que ver la dura realidad entre la matrona y yo.

Ella se disponía a tratarme como a tantas otras, como a una más sin ninguna excepción. Esperaba que fuese pasiva y obedeciese, que fuese «una buena paciente».

No llevaba identificación alguna, por lo que yo no pude tratarla de igual a igual, le llamaba «señora», aunque empezase a darme cuenta de que ese nombre le venía grande.

Ocurrió algo que no pude evitar: entre mis documentos, análisis y pruebas realizadas durante el embarazo, una enfermera encontró un «plan de parto». Allí se encontraba escrito en dos folios con peticiones que puede realizar una parturienta. Amparándome siempre en los Derechos de la Mujer Embarazada y el Bebé según la Organización Mundial de la Salud.

Se dio cuenta rápidamente de que yo no quería ser sometida a sus tradicionales costumbres. Pedí cosas diferentes, libertad de movimientos, mínimas intervenciones por su parte salvo si eran necesarias, pedí dejar actuar a la sabia Naturaleza para que todo siguiese tal como había marchado hasta entonces, de forma natural.

Pero a ella no le gustó nada la idea, me realizó los tactos siempre bruscamente, quería usar las técnicas de todos los días: suero, rasurado, enema, oxitocina, episiotomía...



Mi pareja le preguntó si conocía las recomendaciones de la OMS sobre la utilización de estos procedimientos. Entonces ella montó en cólera. Que quiénes éramos nosotros para dudar de su profesionalidad. Que si no nos gustaban sus procedimientos, nos fuésemos de allí a parir a otro sitio. Que la salud del bebé era estrictamente responsabilidad suya y que no nos dejaría hacer lo que nos diese la gana.

En fin, todo ello dicho con un mal humor, falta de respeto y unas malas maneras que no puedo hacer otra cosa que dejarlo escrito para mi tranquilidad al pensar que algún responsable le preguntará sobre este parto.

Meses atrás yo había estado leyendo sobre el parto, informándome sobre las matronas y su trabajo en general. (OMS: 3.º «El conjunto de la población debería estar informado sobre las diversas formas de cuidados en relación con el parto, con el objetivo de que cada mujer pueda optar por ella misma por el que le convenga más».) Llegué a la conclusión de que una buena matrona, o comadrona, quiere a las mujeres, no domina ni dirige. La palabra *comadrona* viene de *comadre*. Una buena comadrona no solo es alguien que ayuda a nacer a un bebé. Es comadrona durante la transformación de una mujer en madre y de un hombre en padre. No critica ni juzga a la mujer.

Por supuesto la matrona que nos atendió se aleja infinitamente de estas características. Se atrevió incluso a decirme que «cómo es que ahora quería todo de forma tan natural si en el pasado había tenido un aborto provocado». Al oír ese y otros comentarios hirientes hacia mi persona sin causa justificada, me di cuenta de que todas mis buenas esperanzas sobre el parto se habían desvanecido. Mi bebé no nacería en un ambiente agradable sino hostil, no nacería rodeado de ternura sino de resentimiento e indiferencia, la primera piel que tocaría sería la de esta mujer que me estaba haciendo sufrir incluso más que los dolores de parto.

Le mandó a una de sus compañeras que me rasurase y me pusiese un enema. Yo le insistí diciendo que no había cenado nada la noche anterior, pues ya me había puesto de parto en casa y solo tomé líquidos, pero ella hizo como si no me oyese. Al rato noté unas ganas terribles de ir al baño, pero no podía moverme

por las correas que llevaba rodeándome el vientre. Le pedí a una auxiliar que me ayudase, entré en el servicio y cuando terminé, al levantarme del inodoro, tuve otro retortijón que no pude controlar y defecué líquido sin poder evitar que cayese fuera de la taza, manchando el suelo y el sanitario. Intenté limpiarlo cuando me vino otra contracción y me agaché manchándome de mi propia materia fecal líquida. La situación angustiosa me hizo llorar, ya que podrían haberme ahorrado ese desagradable momento si alguien me hubiese tomado en consideración. (OMS: 16.º «El rasurado del pubis o la administración del enema antes del parto no son necesarios en absoluto».)

Y siguió los procedimientos del ritual, la vi acercarse con una bandeja plateada en sus manos con todo lo necesario para una monitorización vaginal, le dije por favor que no, había visto anteriormente heridas en el cuero cabelludo de recién nacidos a causa de este sistema, le rogué que no me metiese ese cable, que utilizase la externa o una trompetilla. Entonces ocurrió algo sorprendente y terrible. Con ira y rabia, dio un golpe con la bandeja sobre una mesita situada al costado de la cama. El estruendoso sonido retumbó en toda la habitación, en nuestros oídos, pero sobre todo en mi cabeza. Se le cayeron al suelo algunas de las cosas que llevaba en la bandeja. ¿Cómo puede atender partos una mujer que no es capaz de controlarse a sí misma? (OMS: 15.º «No está demostrado que la monitorización fetal de rutina durante el parto tenga un efecto positivo sobre el bebé o sobre la madre. No se debería hacer uso del monitor más que en casos médicos cuidadosamente seleccionados y valorados, cuando hay un riesgo de mortalidad perinatal o cuando el parto ha sido provocado artificialmente. Los países que disponen de esta tecnología y de personal cualificado para su uso deberían intentar determinar cuidadosamente cuáles son los grupos de mujeres embarazadas susceptibles de beneficiarse realmente del control electrónico del feto. En ausencia de esos datos, los servicios nacionales de salud deberían abstenerse de comprar nuevos aparatos de monitoraje fetal».)

Muy nerviosa y moviendo airadamente los brazos, me decía que llamaría urgentemente al jefe de Ginecología y Obstetricia, que ella no podía continuar así. Me miró fijamente a los ojos y me dijo

que otras mujeres todavía le traían regalos por sus partos y que yo era una desagradecida.

Al rato apareció apoyado sobre el marco de la puerta un señor con bata blanca. Su piel era muy morena, tenía tranquilamente las manos en los bolsillos. Dialogamos y llegamos a la conclusión de que no me pondrían monitorización vaginal, pero que el suero y el antibiótico eran necesarios, ya que yo había llegado con la bolsa rota.

Mientras tanto, mi compañero y padre del bebé trataba de estar a mi lado cuando Lola se lo permitía. ¿No entendía ella que era cosa de dos? ¿Que lo necesitaba a mi lado? ¿Que en esta aventura del nacimiento de un nuevo ser, él quería y deseaba ser partícipe no solo en el momento en el que el bebé asomase la cabeza sino en todo el proceso? Lo estuvo en la concepción, durante el embarazo, y ahora ya estábamos en la recta final, después de tantos meses, una espera tan larga, nuestro más preciado regalo estaba a punto de llegar y el inconveniente era que a esta desagradable persona, matrona experimentada, no se le antojaba que él estuviese junto a mí, como si el asunto no fuese con él.

«Salga, que tengo que hacerle un tacto.

»No vuelva a entrar hasta que yo le avise.

»Como vuelva a entrar sin mi permiso, tendré que llamar a seguridad».

¿Era mi pareja quizá un delincuente y se estaba portando de malas maneras? No, nosotros fuimos respetuosos en todo momento, vulnerables ante la expectación del nacimiento de nuestro primer hijo.

Las contracciones eran más frecuentes y dolorosas «gracias» a la oxitocina. El principal fin de este medicamento es acelerar las contracciones para lograr un parto más rápido. Esta hormona sintética vuelve las contracciones más potentes, resultando más violentas para el bebé y más dolorosas para la parturienta. (OMS: 19.º «El parto no debería ser provocado por comodidad, y no se debería provocar artificialmente ningún parto que no lo requieran indicaciones médicas precisas y justificadas. Ningún país debería tener tasas de provocación artificial del parto superiores al 10 por ciento».) Parecía que todos tenían prisa por finalizar el

trabajo, cuando en realidad no había ninguna otra mujer de parto en esos momentos.

Me relajaba pensando que ese día descansaría con mi bebé en brazos, que mi madre había pasado por lo mismo, y la madre de mi madre, y la tuya, y la suya, que no era tan terriblemente doloroso como dicen, que era un dolor con una finalidad tan hermosa que merecía la pena sin ninguna duda. Deseaba poder moverme para aliviar los dolores, para sentirme más cómoda en otra posición que no fuese tumbada, pero me daba miedo decir nada más. (OMS: 17.º «Las mujeres no deberían estar acostadas sobre la espalda durante el trabajo de parto. Se las debería estimular para caminar durante el trabajo de dilatación y para elegir la postura que deseen para el momento del parto-nacimiento».)

La dulce Lola entró en la habitación de dilatación, me hizo «otro tacto sin tacto» de los suyos y me dijo que había llegado la hora de llevarme al paritorio.

Me cambió de camilla un celador que pasaba por allí con el inconveniente de que al trasladarme la bata se enganchó y me quedé casi desnuda ante la mirada de este señor al que yo no había visto en mi vida. Traté como pude de cubrirme al tiempo que era colocada en la sala.

Gente con bata blanca se movía a mi alrededor mientras hablaban y reían de otros temas que no tenían nada que ver con mi parto.

Una vez tumbada con las piernas en alto, Lola se sentó cómodamente enfrente de mí y empezó la fase de expulsión.

Le había pedido ya anteriormente que no me realizase una episiotomía si no era estrictamente necesario. Le decía con calma y por favor que no me cortase, que había practicado ejercicios para que mi periné fuese flexible y elástico.

Siguió el momento cumbre:

«Agárrate a los hierros fuertemente y respira. Así noooo, así. Que pasa, bonita, ¿no has ido a las clases de preparación para el parto? No grites, guapa, que te vas a quedar afónica. Venga, venga, que no tengo todo el día. ¿Cómo te llamas? Pues escúchame bien, si no haces las cosas como yo te digo, voy a realizarte un parto asistido y será mucho peor para ti.» «Y para el bebé», pensé yo.

Esas eran las frases de aliento y apoyo que recibí en aquellos momentos. Yo volvía la cabeza hacia mi derecha y veía el precioso día soleado a través de la gran cristalera. Un cielo azul y un magnífico día anunciaban la llegada de mi bebé. Las montañas a lo lejos, de fondo como una bella postal.

Por fin llegó Amado, mi pareja. Todo sería más fácil con su ayuda, a mi lado. Me sostenía la mano con fuerza, le miraba sus verdes ojos ya llorosos por el emotivo momento. «Un poco, lo estás haciendo muy bien, mi amor. Ya veo la cabecita, ya está fuera.»

Y nuestro bebé nació. No habíamos querido saber el sexo hasta el momento de nacer.

«¿Qué es, qué es? ¿Es niño o niña?», preguntaba ansiosa. Era una niña. «Denle el bebé a la madre, pónganselo en su pecho», pedía mi marido. Nos separaron nada más nacer. (OMS: 11.º «El recién nacido debería estar siempre con su madre, siempre que el estado de salud de los dos lo permita. Ningún examen justifica que se separe a un recién nacido —sin problemas de salud— de su madre».)

Oía a mi niña llorar desconsoladamente mientras estiraban su tierno cuerpo para medirlo, le aspiraban mecánicamente las mucosas y le hacían todo tipo de procedimientos «desagradables pero necesarios». La placenta salió enseguida y sin complicaciones.

HELENA

Qué puede ocurrir después de presentar un plan de parto y una vez llegado el momento es una incógnita. En realidad depende de algo tan aleatorio como, por ejemplo, quién esté de turno ese día. En Inglaterra, por ejemplo, cada mujer conoce desde el embarazo al equipo de matronas que la va a atender, una de las cuales estará de turno con toda probabilidad el día del parto. En España, en cambio, las mujeres que paren en la Seguridad Social no saben quién las va a atender. En la privada sí, ya que cada mujer tiene «su» ginecólogo, pero esto no suele ser ninguna garantía. Muchas clínicas privadas que gozan de un gran prestigio social son conocidas en ciertos foros como auténticas «fábricas de cesáreas».

La cuestión de la jerarquización de la medicina no se limita a la relación entre profesionales y parturientas. También afecta a la relación entre ginecólogos y matronas, que al contrario que en otros países, se rige por criterios de desigualdad y subordinación, no porque las leyes lo establezcan, sino por costumbre y cultura. En los documentos «La humanización del nacimiento es una obligación legal» y «Nosotras parimos, nosotras decidimos», que pueden leerse íntegramente en la web de la asociación El Parto es Nuestro, se analiza pormenorizadamente la relación entre profesional y paciente e incluso entre médico y matrona a la luz de la nueva legislación sanitaria del año 2003, es decir, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), que regula el ejercicio de las profesiones sanitarias y las relaciones con los usuarios, y el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (Estatuto Marco), que regula las relaciones entre los propios profesionales. De su análisis cabe deducir que el carácter jerárquico de las relaciones tal como se desarrollan actualmente no solamente no tiene justificación moral, sino que tampoco se ajusta a lo establecido por las leyes. Una aplicación rigurosa de la ley permitiría no solo que las comadronas recuperaran su verdadera función, sino también que las mujeres pudieran ejercer su derecho a ser tratadas con dignidad y respeto, tomar decisiones acerca de su parto, recibir una atención mínimamente medicalizada y ejercer desde el principio la patria potestad de sus hijos. Francisca Fernández es así de clara:

Con la nueva ley, desaparece la clásica división entre personal facultativo y no facultativo, reconociéndose a los diplomados sanitarios autonomía y responsabilidad propias en el ejercicio de las funciones facultativas... En nuestro derecho, podemos encontrar la definición de las funciones de la matrona en la Directiva 80/155/CE de 21 de enero de 1980, incorporado a la legislación española por Real Decreto de 28 de junio de 1991. El artículo 9.3 de la LOPS, dedicado a las relaciones interprofesionales, permite recurrir al principio de actuación jerarquizada o en su caso colegiada cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales. Para el establecimiento de la jerarquía, se

atenderá a los criterios de conocimientos, competencia y, en su caso, titulación. La redacción de este apartado es tan abierta que algunos podrían intentar aplicar el principio de jerarquía basándose en el criterio de la titulación (licenciatura para médicos y diplomatura para comadronas). Yo opino que esto último no es lo que quería el legislador al hacer que el criterio jerárquico figure en último lugar, por detrás de los principios de conocimiento y competencia. En mi opinión, el principio de jerarquía es residual y no es aplicable cuando el ámbito de competencia de médicos y comadronas está bien diferenciado. Y resulta que la formación y competencias de la comadrona están definidas con claridad en la normativa europea, según la cual solo puede exigirse a la comadrona que actúe subordinada al médico cuando un parto es patológico y ella pasa a ser una colaboradora, lo que también está entre sus funciones (pero insisto: ¡solo en caso de embarazo o parto patológico!). En otro caso, es una profesional autónoma.

## La resistencia al cambio

Una de las preguntas que más frecuentemente nos hacemos las mujeres y muchos profesionales es por qué, a pesar de la cantidad de información científica disponible, se producen tan pocos cambios. La falta de sentido común de muchas de las rutinas obstétricas, y la falta de flexibilidad de estos servicios para actualizarse a sí mismos, nos hace pensar que el fondo de la cuestión está en otra parte. Y el fondo es que no hay evidencia científica capaz de modificar lo que está solidamente anclado sobre una mentalidad y una visión de las cosas que no cambia. «Es más fácil desintegrar un átomo que un preconcepto», decía Einstein. Las estructuras tienden a automantenerse, y quien detenta el poder, a menos que experimente una gran transformación personal, no suele tener interés en cederlo, especialmente si la situación concuerda con su visión sobre las cosas.

Eso explica por qué, a pesar de lo que diga el refrán, la experiencia no parece ser la madre de la ciencia. La calidad de la asistencia obstétrica en España habría evolucionado más

deprisa solo con que se hubiera escuchado a las mujeres, solo con que las mujeres hubiéramos podido confiar y dar crédito a nuestras intuiciones, en lugar de estar obligadas a simplemente dejarnos hacer. Que hayan hecho falta dos siglos y multitud de estudios científicos para demostrar que la posición echada es muy nociva únicamente demuestra la poca consideración de la medicina hacia la experiencia y dignidad de las personas para las que trabaja. Habría bastado con que los médicos preguntaran a las mujeres: «¿Cómo te encuentras?» para saber que parir tumbada es absurdo, incómodo, humillante y muy peligroso.

En definitiva, el sistema de atención al parto evoluciona poco, y el parto medicalizado se mantiene, fundamentalmente, porque es coherente con una visión de la vida y del parto mecanicista, jerárquica y —por qué no decirlo— misógina. Muchas de las prácticas de rutina, inútiles o incluso negativas, continúan realizándose no porque sean necesarias, sino porque constituyen auténticos rituales que tienen por objeto colocar a cada uno en «el sitio que le corresponde», adjudicando al médico o al profesional el papel de sujeto y a la mujer el de objeto sobre el que se trabaja. El fondo de la cuestión es el poder.

Eso explica por qué algunos profesionales se sienten tan ofendidos, y reaccionan tan airadamente, cuando una mujer presenta en el hospital su «plan de parto», un instrumento ampliamente utilizado en Europa en el que las mujeres expresan sus deseos (ver modelos en [www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org)). El plan se comenta con la matrona y se adjunta a la historia clínica, de manera que esté accesible el día del parto. En España, se han dado casos de mujeres que lo han presentado y han sido recibidas con reacciones muy agresivas, sufriendo algunas auténticas represalias en el momento del parto por haber tenido la osadía de presentarlo. Una realidad que demuestra lo lejos que están ciertos sectores de profesionales del verdadero espíritu de su trabajo, que es de servicio, y lo interiorizada que está su relación de poder con la parturienta.

Otras veces sí han sido bien recibidas, afortunadamente. Hay profesionales que trabajan de otra forma, casi siempre



de una forma muy discreta, a menudo «con nocturnidad y alevosía». Ello a pesar del gran escollo que supone su formación profesional, que, orientada al control y no a la fisiología del parto, resulta de poca ayuda a la hora de atender a una mujer de una forma digna y respetuosa. Es el tipo de profesionales que cuando recibe un plan de parto exclama: «¡Por fin! Alguien que sabe lo que quiere y lo pide».

## El plan de parto

Una mujer de parto necesita ensimismarse y entrar en otro estado de consciencia para que el parto fluya. Está demostrado que la estimulación del neocórtex inhibe el progreso del parto. Eso quiere decir que la mujer, en ese momento, no está para conversaciones ni negociaciones. No puede ni debe discutir con la matrona ni con nadie acerca de cada una de las prácticas que se le proponen. Por otra parte, tal y como están organizados los servicios de atención al parto, la mujer que llega al hospital no sabe quién le va a atender, lo que deja esta importante cuestión a la suerte. Incluso en el hipotético caso de que conociera a una matrona que sí estuviera dispuesta a atenderle de una forma respetuosa, nada garantiza que ese preciso día esté de guardia.

Pensando en esta circunstancia, se ha creado el plan de parto, un escrito en el que la mujer manifiesta sus deseos con respecto a su parto, que posteriormente se comenta en alguna de las visitas prenatales. Que las cosas estén habladas de antemano permite que la mujer pueda concentrarse exclusivamente en su parto, evitando situaciones de estrés que tanto pueden alterar su progreso.

Algunos argumentan que el plan de parto es un síntoma del fracaso del sistema, algo así como el Día Mundial de la Mujer o el Día Mundial del Hambre, una iniciativa positiva que en sí misma encierra la existencia de un problema. Si la atención al parto fuera, como recomienda la OMS, «mínimamente medicalizada» y en todo momento respetuosa, quizá no haría falta un plan, salvo para cuestiones ajenas a la asistencia

(quién desea que le acompañe, por ejemplo). Los países que lo utilizan son principalmente aquellos que han realizado una fuerte transición en los últimos años desde una posición de alta medicalización hacia modelos más fisiológicos.

Dada la situación existente en España, el plan de parto es de hecho la única vía para hacer llegar a los profesionales el deseo y el derecho a otra forma de asistencia. En algunos casos, el plan ha servido para conseguir un parto «casi» respetado, incluso después de haber recibido una respuesta de la dirección del hospital manifestando la imposibilidad de satisfacer algunas de las peticiones. En esos casos, el azar ha ayudado a la mujer, al encontrar de guardia a un profesional respetuoso y consciente. En otros muchos casos, las reacciones suscitadas han servido para tomar la decisión de dar a luz en casa.

## Los profesionales por el cambio

Algunos profesionales, a pesar de la presión que supone trabajar en las condiciones en que lo hacen y de recibir la formación que reciben, tratan de hacer lo posible por que las cosas cambien. Y así, a veces se produce el milagro de vislumbrar cómo es realmente el parto cuando los protagonistas son la madre y el bebé y la sabia Naturaleza, que les mueve a hacer lo preciso para que la experiencia sea lo que ha previsto que sea: una experiencia cumbre.

La ciencia ha posibilitado grandes avances, pero hay muchas cosas que no es capaz de explicarme, y con ello no pretendo minusvalorar su papel. Hay acontecimientos, hechos y situaciones que no aparecen contemplados en ningún libro, que nadie me explicó durante mi período de formación en la escuela de matronas y que posiblemente ningún ginecólogo haya escuchado durante su formación en la universidad. Para mí esas «cosas» de las que nadie habla son las imprescindibles.

Hola. Mi nombre es Noelia y trabajo en un hospital público de la Comunidad de Madrid como matrona desde hace siete años. A lo largo de mi pequeña trayectoria profesional, ha habi-

do varios acontecimientos que me han ido configurando como matrona y, por lo tanto, como persona: En primer lugar, el I Congreso de la Asociación Nacer en Casa, en Jerez de la Frontera, en el año 2000, fue un punto de inflexión en mi forma de trabajar, porque me hizo reflexionar sobre lo que estaba haciendo y especialmente sobre cómo lo estaba haciendo. Por otro lado, algunos de mis compañeros de trabajo que han estado dispuestos a cambiar: Amelia, Ernesto, Loli, Charo, Carmen... Y por último, y no por ello menos importante, el hecho de cómo poco a poco he ido dejándome sorprender por las madres y los recién nacidos en los partos y nacimientos, y cómo con ellos he ido aprendiendo cada día algo nuevo y he ido creciendo personalmente un poquito más. Capacidad, por cierto, la de dejarme sorprender, que espero ¡no perder nunca!

Así, en mi forma de trabajar, han ido dándose otras posibilidades, otras cosas: esas de las que antes hablaba que no suelen recogerse en los libros, y que no están contempladas en los protocolos. De modo que he ido descubriendo cómo muchas veces los bebés tienen capacidad para nacer solos o cómo la mayoría de los perinés de las mujeres pueden permanecer íntegros o con algún desgarró insignificante en la expulsión fetal, o bien cómo es posible el nacimiento de recién nacidos con la bolsa amniótica íntegra y, sobre todo, cómo en una gran parte de los partos y nacimientos, no hay que hacer nada más que asumir el gran reto de esperar sin intervenir. Pero, en mi opinión, todos estos descubrimientos precisan de algunas actitudes de las que, en general, se carece en la sociedad en la que vivimos «del ahora mismo y cuanto antes mejor», que, consecuentemente, se traslada al mundo de la medicina y, por lo tanto, a la obstetricia en particular. Y entre esas actitudes, me quedo con la más provocadora, con la más revolucionaria, con la más innovadora: la paciencia.

Pero no es un camino fácil, porque es una opción que genera conflicto, que te lleva a vivir en constante tensión. Hay días en los que la rabia y el desánimo te pueden, aunque también hay otros en los que recibes auténticos regalos: esos contados días en los que confluyen, por un lado, una mujer que se deja llevar por su cuerpo y, por otro lado, la posibilidad de encontrarte sola, sin interferencias de otros profesionales ante esa

situación, y es entonces cuando fluye todo, al final, como debe ser. Las tensiones surgen cuando los profesionales se aferran con rotundidad a los protocolos, cuando solo conciben una única manera —intervencionista y tecnificada— de atender a una mujer que está en trabajo de parto; ¡parece que lo del pensamiento único de la sociedad globalizadora en la que vivimos también se refleja en aspectos como parir y nacer! A mí muchas veces me dan ganas de llorar, me dan ganas de salir corriendo, porque se trata de una lucha estéril: los acontecimientos del parto y del nacimiento están casi vacíos de una visión antropológica por parte de los profesionales, puesto que falta mucho de reflexión y, por lo tanto, de necesidad de transformaciones personales tanto racionales como emocionales. Me he sentido, muchas veces, perseguida y vigilada por ese «Gran Hermano» de los protocolos médicos, y también desilusionada cuando me imponen una manera de cuidar de una mujer en proceso de parto normal, para lo que yo estoy preparada, convencida e ilusionada. Pero... no puedo salir corriendo porque la inmensa mayoría de las mujeres acude a la asistencia sanitaria pública, por la que además yo apuesto firmemente y en la que considero que han de darse muchas transformaciones, sobre todo en la obstetricia, que es lo que más conozco.

También vivo tensiones con las mujeres, porque aunque muchas de ellas están luchando por ser protagonistas en su proceso de parto y nacimiento de sus hijos, también hay otras muchas que no lo desean y a mí ahí me surge el conflicto. Tampoco es cuestión de cargar la culpa sobre ellas puesto que, en mi opinión, están siendo víctimas de la sociedad en la que vivimos, en la que no se promociona lo femenino, ni el autoconocimiento y autovvaloración personales y, consecuentemente, eso se refleja muy bien en el proceso de parto.

Y por último, vivo tensiones conmigo misma, porque en el acompañamiento y cuidado de las mujeres en trabajo de parto, a veces no soy del todo coherente con lo que quiero, con lo que siento, y es entonces cuando me dejo llevar por las presiones externas y también por mis propios miedos. Esto lo considero un reto personal, puesto que supone una invitación constante a seguir reflexionando y a seguir dejándome sorprender; también

a no relajarme y a que mi reflexión sea colectiva, con otras matronas, mujeres, médicos, niños... Es también un impulso para aprender a utilizar los sentidos como seguramente lo hacía mi abuela cuando atendía los partos de sus vecinas en el pueblo: unos ojos que, aunque pequeños, sepan mirar; unas manos que, aunque frías, sepan tocar; unos oídos que, aunque ensordecidos por tanto ruido, sepan escuchar... y también una intuición que, aunque no pertenezca al mundo de la ciencia, no hay que olvidar.

NOELIA DE BENITO, comadrona

Un número creciente de profesionales está tratando de introducir cambios en su quehacer diario. Ciertamente los tiempos actuales son muy confusos. Mientras unos hospitales van flexibilizando los procedimientos y se va aprendiendo de las mujeres, en otros casos la situación es más conflictiva, y profesionales deseosos de trabajar de otra manera se encuentran a veces con la incompreensión de quienes dirigen el servicio y no llegan a ver el alcance y el motivo de los cambios que se proponen. A veces se producen situaciones paradójicas, como, por ejemplo, que el hecho de que se soliciten menos epidurales sea considerado como un criterio no de alta calidad de la asistencia, sino de «baja productividad».

En nuestro servicio, no se pone enema, no se rasura, se permite la deambulación y utilizamos alternativas (masajes, duchas, paseos...) para aliviar el dolor. No se estimula, ni se rompe la bolsa si la evolución del parto es normal. Si se canaliza vía periférica, se hace al final, no se hace episiotomía, se puede elegir la posición para parir, etc. Eso hace que se solicite menos anestesia epidural. Nosotros/as ahora mismo ponemos en torno a un 15 por ciento de epidurales... Eso implica que no llegamos al 40 por ciento que el servicio andaluz de salud establece como criterio de «calidad» y no cumplimos «objetivos».

BLANCA HERRERA, comadrona

A veces se producen situaciones conflictivas, por ejemplo, cuando matronas con un talante poco intervencionista están supervisadas por ginecólogos que, adentrándose en un terreno que en realidad les corresponde a ellas, tratan de imponerles a las dos, la matrona y la parturienta, intervenciones innecesarias.

En el hospital donde trabajo, otra compañera y yo comenzamos a hacer el mínimo de episiotomías en los partos. Pronto llegó a oídos de los médicos y uno de ellos se puso a controlar nuestro trabajo. Una vez, en el expulsivo de una mujer que nos había comentado que no deseaba episiotomía, este ginecólogo entró en el paritorio conminando con muy malas maneras a mi compañera a hacer una episiotomía, amenazándola con que si la mujer se desgarraba, él no la iba a suturar. La mujer de golpe perdió toda la confianza, y mi compañera, ante la presión del ginecólogo y la actitud sumisa de la mujer, hizo la episiotomía. Al terminar todo, el ginecólogo dijo a esta comadrona: «Que sea la última vez que pasa esto. Yo soy el jefe de la guardia y cuando esté yo, en todos los partos se hace episiotomía». Esta compañera se quedó muy mal por la falta de respeto de este ginecólogo hacia ella y su trabajo y por haberse sometido a su autoridad impuesta injustamente. En cuanto a la madre, quedó de lo más confusa al ver ese momento tan especial y único para ella enredado y dejado en segundo plano por conflictos entre el personal...

Pero las cosas no son blanco o negro. A veces son los ginecólogos quienes se quejan de la manera en que las matronas se aferran al protocolo y de la forma en que ceden su poder exigiendo que se les resuelva la papeleta cuanto antes y con el menor dolor posible. Un ginecólogo afirmaba:

Pues yo estoy deseando que me vengan mujeres a mi guardia pidiendo algo diferente. Vienen muchas cuando no están aún de parto un montón de veces, y pidiendo la epidural ya. Hoy mismo, en un parto algo prematuro, la matrona me pide que haga una cesárea. Le digo que no hace falta. Entro a ver cómo va la cosa y veo a la auxiliar haciendo un Kristeller a los diez minutos de en-

trar la mujer en el paritorio. El registro del corazón del bebé está perfecto, y veo a la matrona con la tijera en la mano. Le digo que no hay que hacer episiotomía. Me dice que es prematuro y hay que hacer algo. Le digo a la mujer que todo está bien, que no tenemos prisa y que cierre los ojos y afloje el cuerpo, que se olvide de nosotros. La matrona y la pediatra me critican. Me llaman de urgencias, y les digo que no hagan nada a la mujer, que tiene que estar un rato empujando, que no hay que sacarle al bebé porque puede parir ella sola, y que me voy (el papel de la matrona sería estar ahí con la mujer, el mío acudir si hay un problema). Cuando vuelvo, el bebé ha nacido y la pediatra decide dejárselo a la madre porque está bien. La matrona le ha hecho la episiotomía en cuanto me he dado la vuelta.

Otro ginecólogo lo expresa de esta manera:

En mi trabajo diario, me considero más «matrona» que ginecólogo. Ya han ido en dos ocasiones las matronas a quejarse de mí al jefe de servicio por no permitirles romper la bolsa sin justificación (la rompen al explorar aunque se les haya dicho expresamente que no lo hicieran) y, en otra ocasión, por dejar a una mujer a término con rotura de bolsa espontánea sin trabajo de parto en evolución asimismo espontánea veinticuatro horas. ¡Parece mentira! Siempre pensé que las matronas serían más receptivas a respetar la fisiología, pero me doy cuenta de que no es así. En mi hospital, han asumido el papel de ginecólogo, pero de mal ginecólogo, del que todos nos quejamos. Y son tremendamente reticentes al cambio, al respeto, a la privacidad, en resumen, a lo fisiológico.

## De derechos y responsabilidades

Es cada vez más evidente que el cambio del sistema no puede ser llevado a cabo por solo uno de los colectivos implicados, sino por todos a la vez: matronas, obstetras y también usuarias. Unos disfrutaban de un excesivo poder, y a las madres se les ha arrebatado el suyo. Lo cierto es que muchos profesionales

se sienten cómodos con el actual estado de cosas, pero es indudable que muchas mujeres también.

Esto opina Pilar, una ginecóloga que apuesta por la sanidad pública:

Siempre he tenido claro que una mujer necesita intimidad para parir, que la mayoría de intervenciones que realizamos a una mujer sana de parto es innecesaria y perjudicial, como tan bien explican Michel Odent, los protocolos de la OMS, etc.

Los primeros partos que vi fueron los vídeos de partos en casa de una matrona sabia; después acompañé en su parto a mi mejor amiga, que dilató con paseos, música, baños... Luego entré en un gran hospital como médica residente. Los partos me parecían atroces, aquellas mujeres atadas a unas correas, solas sin su pareja en una sala común y con un gotero de oxitocina a buen ritmo, obligadas a permanecer tumbadas, sin beber a pesar de la sed, sin intimidad... Luego, en el paritorio, episiotomías enormes y, con demasiada frecuencia, palabras que faltaban al respeto de la mujer. Cuando el bebé nacía y era llevado corriendo a una cuna de plástico, con luz potente y maniobras que le hacían llorar, yo sufría con él. Algo dentro de mí me decía que algo fallaba... Nadie se cuestionaba nada y ante mis preguntas me miraban como si fuera alienígena; sentí que debía dejar de preguntar...

Una noche por fin pude presenciar agazapada en un rincón un parto tranquilo, en penumbra, la mujer estaba llena de fuerza, se colocaba como necesitaba y nadie le chillaba ni le daba órdenes, el ginecólogo observaba sentado con expresión confiada. Cuando el bebé nació, ella lo cogió y lo colocó encima de su cuerpo desnudo, y no lloraba, ambos se miraban, el cordón se cortó sin prisas, la pareja se abrazaba llorando de emoción... Descubrí que sí, que en el hospital se puede parir de otra forma, aunque tuve que pasar cuatro años alienantes, convertirme en un engranaje más de un sistema que violaba los derechos de las mujeres y sus hijos. Cuando terminé, me fui a Acuario, para conocer su forma de trabajar y volver a experimentar lo que es un parto sin interferencias, respetado, la magia de la química, de las hormonas del amor. Con los años, he ido descubriendo además que hay mucha evidencia científica que respalda la desmedica-



lización del nacimiento, la importancia del vínculo con el bebé nada más nacer, los beneficios de la lactancia... y lo difícil que resulta llevar todo esto a la práctica dentro de la sanidad pública, con una mayoría de profesionales que lo considera un capricho de naturistas locas e irresponsables que no quieren agradecer el control y recursos técnicos de la obstetricia moderna.

Son ya once largos años de trabajo en hospitales públicos pequeños, donde el trato humano es más fácil y existe, pero donde he chocado sistemáticamente con muros por encima y por debajo. Cuando intentas actuar fuera de las rutinas establecidas, te conviertes automáticamente en alguien bajo sospecha, incómoda.

Los compañeros piensan que no quieres trabajar, no comprenden que acabe tu turno de guardia y dejes a una mujer dilatando sin haberle hecho ya una cesárea, cuando has estado horas y horas intentando evitarla. La matrona me ha criticado muchas veces por no «sacar» a un bebé, por esperar más y dejar a una mujer sentada, por no llenarla de cables demasiado pronto, por quitarle la oxitocina y respetar su ritmo, por no hacer una episiotomía o intentar que ella no la hiciera... Les resulta difícil ver cuestionada su forma de actuar durante tantos años. En el partorio, nadie entiende que la mujer necesita silencio, penumbra, calma, que mientras controles sin hablar y no haya una situación de riesgo, favorecer la expresión del instinto hará el parto más fácil. Cuando no tengo prisa, cuando callo y no doy órdenes, todo el mundo lo hace por mí.

Lo curioso es que las mismas mujeres también piden en su mayoría ese parto medicalizado que las hace sentirse seguras, a veces por elección consciente, muchas por miedo y desconfianza de la capacidad de su cuerpo para parir, de su fuerza para vivir una experiencia irrepetible. Luego, dilatan sin dolor y sin el torrente hormonal del parto mamífero, y con frecuencia se encuentran luego descolocadas, algo les falta, aunque no saben qué es. Suelen acudir a urgencias repetidas veces cuando aún no están de parto exigiendo la epidural... Ginecólogos y matronas se quejan de esto, y al final la mujer queda ingresada y se le induce el parto por la presión que siente el profesional, la misma que cuando intentas evitar una cesárea y es la propia mujer o

su familia la que te amenaza diciendo que si pasa algo, te harán responsable... Luego, las demandas, el miedo... Todos hemos pasado por ello. Ese miedo hace que muchos ginecólogos/as no se planteen asumir situaciones que pueden poner en riesgo su carrera, su vida personal... y es perfectamente comprensible. Rara vez se demanda al médico por hacer una intervención de más, siempre es por hacerla de menos, y eso condiciona nuestro trabajo cotidiano.

Aun así, muchas cosas están cambiando, hay cada vez más profesionales sensibilizados ante esta situación. Yo sigo con la esperanza de mejorar la atención a las mujeres y sus bebés, aunque sea lentamente.

## El futuro ya está aquí

Humanizar el nacimiento no es tarea fácil. Requiere revisar las creencias, la resistencia al cambio, las jerarquías... todo eso que alimenta las actitudes, los procedimientos, la forma de ver el nacimiento. Humanizar el nacimiento es un proceso colectivo, pero estrechamente dependiente del proceso personal de toma de conciencia. En la medida en que sean muchas las personas que experimenten ese proceso, será un movimiento más y más colectivo. Humanizar el nacimiento no es una utopía, ni el deseo de un sector de la población, ni siquiera un derecho, es una necesidad colectiva y una realidad en muchos otros países. Estamos en el siglo XXI, un momento de auténtica reválida para la humanidad. «Para cambiar el mundo, primero hay que cambiar la forma de nacer», dice Michel Odent.

Para muchas mujeres, la toma de consciencia puede llevar años. Es un proceso de pérdida de inocencia, de recuperar la confianza en la propia naturaleza y el contacto con el propio cuerpo, de tomar las riendas de la propia vida incluso en ese ámbito, de dejar de delegar en otros lo que solamente una puede hacer, de dejar de confiar ciegamente en las instituciones. Un proceso que pasa por conocer y amar el propio cuerpo, afrontar los miedos, implicarse a fondo en el proceso de engendrar, gestar, parir y criar un hijo. Muchas se refieren a este proceso como a «salir de Matrix». Salir de «Matrix» lleva su tiempo, no puede hacerse de un día para otro. La mayor parte de las veces, se produce gracias a una confluencia de al menos tres circunstancias: una vaga sensación de que algo «no encaja», la posibilidad de contrastar esa sensación con otras personas y el acceso a la información veraz (medicina basada en la evidencia). Muchas mujeres se «caen del guindo» después del primer parto.

En España, el principal espacio de encuentro entre mujeres sobre estos temas surgió en Internet. Dos mujeres, Meritxell Vila y la psiquiatra Ibone Olza, crearon en 2001 el foro Apoyocesáreas, para «prestar apoyo a mujeres que habían sufrido cesáreas innecesarias». (Fruto de esa experiencia fue el libro *¿Nacer por cesárea?*, publicado en 2005 por Ibone Olza y Enrique Lebrero.) El objetivo del foro era «prestar ayuda psicológica a mujeres que habían sufrido cesáreas». La sorpresa es que al foro iban llegando cada vez más mujeres que habían sufrido partos vaginales (mal llamados «naturales») y se sentían tanto o más traumatizadas que las cesareadas. Hubo que ampliar el objetivo del foro, de ayuda psicológica a «mujeres que habían sufrido cesáreas y partos traumáticos». Poco a poco también fueron llegando profesionales tan insatisfechos con lo que se hacía en el hospital como las mujeres. Dos años más tarde, se creó El Parto es Nuestro, asociación formada no sólo por usuarios y usuarias del sistema sanitario, sino también por profesionales: matronas y ginecólogos/as.

## El Parto es Nuestro

La asociación El Parto es Nuestro es atípica. No es una asociación de usuarios contra las instituciones, sino de usuarios y profesionales por el cambio. Entre sus miembros, hay mujeres y hombres, pero también comadronas, enfermeras y ginecólogos. Al contrario de lo que muchos piensan, quienes la integran no son precisamente *hippies*, ni gente «alternativa» o *new age*. Son personas absolutamente normales: médicos/as, abogados/as, administrativos/as, arquitectos/as, biólogos/as, funcionarios/as, economistas, profesores/as de universidad, catedráticos/as de instituto, periodistas, licenciados/as en matemáticas o físicas, escritores/as...

EPEN funciona en modo de «red». Una parte importante de la difusión de información se hace a través de Internet, de los foros y la web. Pero también se convocan reuniones mensuales, abiertas a cualquiera, en varias ciudades españolas. EPEN tiene organizaciones hermanas, con las que comparte

objetivos. En España está la Plataforma Pro Derechos de Nacimiento, constituida en 1995 por varias decenas de asociaciones con el objetivo de impulsar la aplicación de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en el sistema de atención al parto y nacimiento. En Portugal la Asociación Portuguesa para la Humanización del Parto y el Nacimiento ([www.humpar.org](http://www.humpar.org)). En Sudamérica, la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento, [www.relacahupan.org](http://www.relacahupan.org), sirve de puente entre las asociaciones que comparten este fin en los distintos países.

## Hospitales en proceso de cambio

Dentro del ámbito hospitalario, también se están produciendo esperanzadores indicios de cambio. Durante mucho tiempo, las únicas opciones para dar a luz de una forma respetuosa han sido la clínica Acuario en Alicante, o directamente el parto en casa, cubierto en su mayor parte por profesionales de la asociación Nacer en Casa. Esta opción, normalizada en muchos países europeos, continúa en España siendo minoritaria, aunque en los últimos tiempos se está observando un cierto aumento. En el año 2000, también se abrió la casa de partos Migjorn en Barcelona.

Los profesionales de estos colectivos han dejado de sentir su influencia dentro del sistema. La clínica Acuario, además de ser una maternidad, sirve de hecho como un lugar de reciclado para profesionales que, en sus centros hospitalarios, no tienen la oportunidad de ver cómo es un parto fisiológico. Nacer en Casa también ejerce una cierta influencia en el sistema, como es el caso del impulso que supuso el trabajo de Maite Gómez y los seminarios de María Fuentes y Mercedes Serrano en el hospital de Huércal Overa.

El hospital de la Inmaculada en Huércal-Overa (Almería) es un buen ejemplo de lo que sucede cuando la atención se medicaliza lo imprescindible. Este hospital desarrolló un protocolo con el objetivo de reducir las cesáreas, alcanzando en el año 2003 el índice de cesáreas más bajo de España (11 por

ciento). La fórmula no ha sido complicada: salvo necesidad, se espera a que el parto se inicie espontáneamente, evitando inducciones sin motivo. Esta simple medida por sí misma puede reducir significativamente la tasa de cesáreas de cualquier hospital. Si todo transcurre con normalidad, la mujer es atendida por una matrona. La madre está en todo momento acompañada por una persona de su elección. Rasurado, enema y rotura artificial de membranas han desaparecido del protocolo. La parturienta disfruta de privacidad y libertad de movimientos durante la dilatación, que discurre sin estimulación de oxitocina a menos que sea necesario. La episiotomía se realiza solamente si es preciso. El cordón no se pinza hasta que deja de latir y el bebé permanece con su madre desde el momento en que nace. Lo más importante de la transformación llevada a cabo en este hospital es que la reducción de la tasa de cesáreas se acompañó de una reducción de la mortalidad perinatal, lo que demuestra que el parto fisiológico es más seguro, y que la mejor forma de reducir las cesáreas es eliminar las prácticas innecesarias que incrementan el riesgo.

Otro importante cambio se ha producido en las Islas Baleares, donde el estímulo de las asociaciones locales ha servido para que se incluyera en la Ley Balear de Salud el derecho de toda usuaria a dar a luz conforme a las recomendaciones de la OMS. De momento esta opción solamente se ofrece en el hospital de Manacor, donde Roser Gallardo y el equipo de comadronas del hospital ofrecen una atención respetuosa y —como recomienda la OMS— con el mínimo grado de medicalización posible. Así nos cuenta Roser Gallardo cómo se realizó la transición:

### **De vuelta al hospital**

Después de dieciocho años de trabajar en atención primaria, no es fácil volver al hospital, y menos si tenemos en cuenta que durante estos años la medicalización del parto y el nacimiento se ha incrementado hasta llegar casi a desaparecer los partos naturales o fisiológicos. Si a todo ello le añadimos que, además, estaba y estoy asistiendo partos y nacimientos en casa, puede parecer algo masoquista la decisión, pero la apariencia no estuvo nunca tan lejos

de la realidad. Claro que tenía motivos muy importantes, y puedo asegurar que si no los hubiese tenido, continuaría en primaria. Las cosas no pasan porque sí, siempre hay un porqué; algunas veces nos encontramos forzadas a tomar decisiones que nunca hubiésemos imaginado y que son necesarias para que cambien las cosas.

El mes de julio de 2003, empecé en el paritorio de un hospital comarcal en el que se asisten entre 1.100 y 1.200 partos anuales. La elección del hospital de Manacor fue meditada. Siendo como era un hospital con una asistencia al parto y al nacimiento medicalizada, esta era más respetuosa que en los demás hospitales y las comadronas tenían un poco más de autonomía (de noche casi toda). La gran mayoría de los partos era atendida en litotomía (tumbadas boca arriba), se administraban enemas y se canalizaba una vía (se dejaba el catéter puesto para poner el suero). La amniorrhexis (rotura de la bolsa de las aguas) y la administración de oxitocina (hormona sintética que provoca contracciones uterinas) se dejaba a criterio de la comadrona o ginecóloga. Casi todas las mujeres parían con epidural, el hospital lo tenía entre sus objetivos de calidad. Se cortaba el cordón umbilical sin esperar a que dejase de latir y el bebé era llevado a una sala contigua para realizar los primeros cuidados. El inicio de la lactancia también dependía de la comadrona.

A diferencia de los otros hospitales, no se rasuraba, la monitorización siempre era externa, se podía utilizar la telemetría (monitorización que permite la deambulación), la episiotomía no era rutinaria, ni tampoco la administración de enema, sino que dependían de la comadrona que asistía el parto.

La plantilla diaria la formaban (la forman): un ginecólogo o ginecóloga (la mayoría son mujeres), una comadrona, una enfermera y dos auxiliares de enfermería (noches y festivos solo una). La comadrona recibe a todas las gestantes a partir de las treinta y cinco semanas, las valora y decide o no su ingreso, por supuesto, siempre que todo sea normal. Supervisa los monitores de control de bienestar fetal ambulatorios y atiende a la mujer desde que ingresa en la sala de paritorio. Con todo ello, más una media de 3,2 partos al día, la jornada resulta algo cansada.

El primer año fue muy duro. Casi todas las mujeres parían con la epidural, no estaba acostumbrada a asistir a mujeres tumbadas en la cama, me asustó su facilidad para desconectar de

su parto, como si el nacimiento de su bebé no dependiera para nada de ellas. Agotadas e incapaces de empujar a sus bebés, estos habían de ser «sacados» con instrumentos demasiado a menudo (fórceps, ventosa o espátulas) o, en el peor de los casos, con una cesárea. Úteros que sangran en más cantidad, sin contar las no pocas frecuentes hipotensiones, etc.

No fui bien recibida por una buena parte de ginecólogos y ginecólogas. Aunque la mayoría no se atrevía a manifestarlo públicamente, los comentarios por detrás no dejaban de ser atrevidos.

No administraba enemas, ni oxitocina, no practicaba amniorrhexis artificial. No utilizaba las perneras alegando que no sabía asistir partos en esta posición (claro que sé, así fue mi formación); nunca ninguna mujer me lo ha solicitado. Las mujeres parían sentadas o en cuclillas en la cama; tenemos una cama de las que se transforman en una especie de sillón, que resulta bastante cómoda para adoptar la posición de cuclillas. Estudié las camas probando todas las posiciones posibles, la cama era el lugar incuestionable para el momento de la salida del bebé (llamado expulsivo). No me vestía de cirujana, como era la costumbre, ni cubría a la mujer con paños verdes estériles, porque solo estaba asistiendo un parto, no una intervención quirúrgica. Solamente practicaba episiotomías en casos excepcionales. No cortaba el cordón hasta que dejaba de latir y facilitaba el inicio inmediato de la lactancia materna. Sí que me ponía gorro y también a la señora (los primeros meses) y, por supuesto, canalizaba una vía (ponía el catéter del suero). ¡Dentro de la medicalización era incuestionable parir sin suero!

No sabía si sería capaz de aguantar mucho tiempo. Podría extenderme en relatar la cantidad de situaciones desagradables. A modo de muestra, recuerdo una ocasión en que se me olvidó administrar un antibiótico y se comentó que, como era naturalista (rarita), no ponía antibióticos, y por tanto se me tenía que perdonar. Los ingresos de partos normales que eran hechos por alguna ginecóloga venían acompañados de indicaciones como: «amniorrhexis más estimulación oxitócica». Alguna más atrevida decía a las auxiliares: «A esta señora le ponéis un enema aunque Roser diga que no». Por supuesto no se le administraba. Nunca les hice caso, en el parto normal la especialista soy yo, y no aceptaré órdenes que se entrometan en mis competencias. Cuando requie-



ría la presencia de una ginecóloga en un parto, lo primero que hacía era tumbar a la mujer y pedir las perneras (alguna, incluso, en tono desafiante), cubriéndola casi completamente con paños estériles y convirtiendo el parto en lo más medicalizado posible, como si lo que se hubiese hecho hasta el momento estuviese mal. No recuerdo que el personal de enfermería cuestionase mi trabajo; sí a una auxiliar que intentaba convencerme para poner enemas (lavativas) porque: «¿Y si hacen caca?», como si con los enemas esto no ocurriera.

La presión era fuerte, y en muchas ocasiones estuve tentada de dejar el paritorio. ¡No lo podía soportar! Pero siempre aparecía oportunamente una mujer demandando un parto natural, era emocionante, mis compañeras auxiliares y enfermeras que no estaban acostumbradas alucinaban y algunas no podían contener las lágrimas. Y yo me decía a mí misma que solo para que alguna mujer y algún bebé tuvieran esa oportunidad, ya valía la pena quedarse. El personal de enfermería se fue sensibilizando cada vez más y el tipo de atención fue cambiando, ofreciendo una atención más respetuosa a la madre y sobre todo al bebé. Todas las actuaciones que íbamos introduciendo las explicábamos todas las veces que fuese necesario a nuestras compañeras. Hoy en día, cualquier enfermera y cualquier auxiliar de nuestro paritorio es capaz de defender un parto y nacimiento fisiológico. Entendemos que las personas protagonistas son la madre y el bebé y que se les debe un máximo respeto, elija la madre el parto que elija.

El espacio físico o la sobrecarga de trabajo, excusa tan habitual para no atreverse a introducir cambios, nunca fue un obstáculo para nosotras. Nuestra área de partos es exageradamente pequeña con relación a la demanda. Únicamente disponemos de dos salas de paritorio-dilatación (sala única para dilatar y para recibir al bebé), resulta habitual tener que habilitar la sala de control de monitores para paritorio, y no pasa nada. El deseo del cambio ha hecho posible que, de alguna manera, todas nos encontremos implicadas (enfermeras, auxiliares y comadronas). Hemos mejorado el aspecto físico de nuestro paritorio: con pósters, fotos o puzzles enmarcados; cojines de colores para facilitar posturas en dilatación, parto y lactancia; espejos de mano para que las madres puedan ver nacer a su bebé o ayudarles en los pujos

(especialmente en las epidurales), a los que algunas compañeras comadronas les llaman «fórceps naturales» por la respuesta que desencadenan; pelotas para utilizar durante la dilatación; reproductor y CD. Tenemos pedida una banqueta de partos (pequeña silla) y una bañera, que no sabemos si llegarán.

La sobrecarga de trabajo es importante, sobre todo por lo que respecta a la comadrona. Es cuestión de aprender a organizarse con los recursos disponibles. Tenemos claro que las mujeres se sienten acompañadas, no es necesario estar todo el tiempo a su lado, más bien algunas veces puede ser contraproducente, son mujeres que no nos conocen y que se podrían sentir inhibidas ante nuestra presencia constante (todas vienen acompañadas). Lo importante es la calidad, no la cantidad, siempre hay alguna persona disponible que puede preguntarles si se encuentran a gusto, por ejemplo, para que no se sientan solas y sepan que estamos allí.

Las comadronas elaboramos un proyecto para la mejora de la atención en nuestro paritorio. El proyecto fue bien aceptado en un principio, pero a la hora de ponerlo en práctica, aparecieron los problemas. Elaboramos un protocolo de atención al parto y del nacimiento, siguiendo las indicaciones de la OMS; este protocolo ha sido boicoteado por algunos ginecólogos, uno de ellos llegó a elaborar un protocolo alternativo, dando prioridad a las decisiones médicas por encima de todo, en nombre de la seguridad de la madre y del bebé. No hemos conseguido, por ahora, que nuestro protocolo sea aprobado, pero algunas lo estamos siguiendo casi sin dificultades, lo que nos hace pensar que pronto será una realidad. La autonomía de la comadrona en los partos normales ya parece que es aceptada y cada día es menos cuestionada.

Estamos orgullosas de los logros conseguidos, nuestra atención es cada vez más respetuosa. Por poner algún ejemplo, podría decir que casi no recordamos qué es un enema, ni siquiera las ginecólogas que lo indicaban, o que las episiotomías han disminuido de forma espectacular: en el año 2003, teníamos un 40 por ciento (porcentaje bajo comparando con la media del Estado español). En el 2004, fue de un 23 por ciento; en el 2005, hasta el mes de septiembre, estamos en un 14 por ciento; hemos aprendido que solo son necesarias en pocas ocasiones. Casi no hay desgarros y de haberlos suelen ser pequeños (grado I).

Realmente, se podría decir que la única presión importante fue, y es, por parte de los ginecólogos y ginecólogas. Es una cuestión de poder.

Sabemos que en algunos centros existen presiones, también, por parte de las compañeras comadronas; nosotras no tenemos este problema. En el hospital somos muy pocas y no es fruto de la casualidad que nos encontremos trabajando juntas la mayoría, casi todas buscamos lo mismo, creemos en la autonomía de la mujer y de la comadrona; tenemos muy claro cuál es nuestro trabajo.

Soy consciente de que defender y recuperar nuestro espacio profesional no es fácil. Llevamos muchos años siendo la asistenta del médico, nos hemos dejado arrebatar lo que es nuestro sin darnos casi cuenta de la importancia de ello. Algunas compañeras se esconden detrás de diversas excusas para no asumir la responsabilidad que conlleva nuestra profesión. Pero asumirla es imprescindible para conseguir la autonomía.

ROSER GALLARDO, comadrona

Muchas matronas se lamentan de las dificultades que encuentran en su hospital para llevar a cabo los cambios que desean, debido a la oposición de la dirección, o a veces incluso de las propias compañeras. Pero no es imposible. Un equipo cohesionado, con ideas claras, información actualizada y deseos de cambio, puede llevar a cabo una auténtica transformación del servicio si se lo propone. Es lo que ha sucedido también en el hospital de Úbeda, en Jaén. Su protocolo de parto, inspirado en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y uno de los más vanguardistas de España, es un espejo en el que comienzan a mirarse cada vez más profesionales.

Blanca Herrera, comadrona del hospital hasta diciembre de 2005, describe así su experiencia como parte del equipo que llevó a cabo dicha transformación:

### **Con nocturnidad y alevosía**

En Úbeda empezamos a cambiar con nocturnidad, premeditación y alevosía. Así que somos culpables. Amparadas por la noche,

después de haber leído a Odent, Leboyer, Sheila Kitzinger o Isabel Fernández del Castillo, las recomendaciones de la OMS, las prácticas habituales en otros países, etc., un grupo de matronas nos permitíamos transgredir «las normas»... Maravillosos descubrimientos... Las mujeres eran capaces de parir casi sin ayuda, solamente una presencia amable, una mano amiga, una mirada, un hombro, un aliento, una frase de apoyo y la mujer renacía con toda su fuerza y paría. Los bebés recién nacidos buscaban el pecho de sus madres, dejaban de llorar desesperados y «gruñían» como gatitos... Sus madres sonreían, y desaparecía el gesto cansado y dolorido de sus rostros... Hasta las madres más jóvenes adaptaban en su regazo a sus bebés recién nacidos y se introducían con sabiduría ancestral en la maternidad... maravillando y sorprendiendo a «los profesionales», enseñándonos y haciéndonos partícipes del milagro...

El cambio se extendió al día y se generalizó... Hicimos partícipes al resto de profesionales implicados (pediatras, ginecólogos, auxiliares, enfermeras, otras matronas, etc.) a pesar de sus reticencias iniciales, los beneficios eran evidentes, a todos los niveles... poco a poco, paso a paso, cambio a cambio, fueron aceptando. No se puede hacer todo de golpe, primero fue acabar con la separación de la mamá y los bebés, después los enemas, poco a poco los rasurados (a veces las propias auxiliares te pillaban en un quiebro y te hacían la jugada de pasarlas al paritorio y rasurarlas mientras tú ibas al baño o algo así), después quitamos los monitores, primero para ir al baño, luego para pasear un poco, hasta que se dejaron de poner sistemáticamente... , después las episiotomías y las posiciones del parto... Ahora, por la noche, cuando nadie nos ve, los/las acompañantes pasan furtivos/as sin bata y además hay mujeres a las que no da tiempo a ponerles la vía (a pesar de haber estado seis o más horas allí), pero nos despistamos de una manera....

Creo que nos ha ayudado mucho que somos una maternidad muy pequeña, pero tenemos unos cuatro partos al día, una pequeña gran familia... Esto, en un hospital más grande, es otra película...

Algo que podría ayudar a que los servicios de maternidad cambiaran es hacer auditorías de los centros, por parte de usuarios y Administración... No se pueden justificar determinadas tasas de cesáreas, o que la epidural se ponga al 99 por ciento de las mujeres (se salvan las que llegan pariendo) o que se induzca sin motivo... El día

en que se apliquen criterios de calidad a los hospitales y, en caso de que no se cumplan, se otorgue menos dinero o se publique... ¿qué pasaría? ¿Y si ya hacemos lo mismo con los profesionales?

Hay que tener habilidades sociales y habilidades de comunicación, para con las mujeres y para con tus propios/as compañeros/as... Ese es mi particular caballo de batalla... por mi impulsividad. Pero reconozco que una vez superados tus miedos iniciales, tienes que convencer a los demás, y si no los puedes convencer, hay que bandearlos... y hay que conocer con quién tratas. Hay ginecólogos/as a los que les digo abiertamente lo que pienso y lo que voy a hacer; otros/as es mejor que no sepan lo que me traigo entre manos; y hay a quien tengo que engatusar de forma sibilina. Hay amigos, neutrales y enemigos. Es importante empatizar con las mujeres, pero también con tus propios compañeros. Conociendo sus miedos es más fácil poder vencerlos (de hecho hay ginecólogos que hacen partos instrumentales sin episiotomías), saber darle a cada quien lo que necesita, mujeres incluidas. Ser asertivo, de manera que puedas decir lo que crees sin sentirte violento y sin violentar a nadie y escuchar otras opiniones sin ofenderte, además no se puede confundir lo personal con lo profesional; a pesar de que fuera del trabajo seamos muy amigos, dentro hay que ser profesionales. Saber escuchar lo que dicen las mujeres y lo que dicen tus compañeras y compañeros, pero no solo con las palabras, también con las miradas, con los gestos, con las manos... Entender que un «ayúdame» de una mujer no es «ponme lo que sea para parir antes y que no me duela y quítame al niño para que yo descanse y así tú sientes que has hecho algo por mí»... quizá es solo un «dame la mano, y acompáñame... que tengo sensaciones muy intensas y quiero asegurarme de no pasarlas sola».

Comprender que no hay verdades absolutas y que desde el pez más grande hasta la anchoíta más pequeña estamos aquí para seguir aprendiendo... y eso es lo que importa. Que las mamás y los bebés, que sus parejas se sientan seguros de que les estás ofreciendo los mejores cuidados, que tienen una mano amiga.

Creo que hay algo que personalmente potenció el cambio, o lo propulsó o lo ayudó o lo catalizó: ser madre. Tener a mis hijas (a Blanca por cesárea y a Carmen por parto vaginal pero con miedo)

me ha hecho entender muchas cosas, me ha hecho entender qué vulnerable y fuerte al mismo tiempo que es una mujer de parto y, por tanto, que el papel de la matrona es acompañarla y protegerla de las inclemencias del ambiente, es salvaguardar que el proceso pueda seguir su curso mientras ella se adentra, desnuda y frágil, en el mar del parto... y nada, nada y mueve el mundo y hace el milagro...

Te das cuenta de que los sanitarios, durante décadas (matronas, «gines» y pediatras), nos hemos sentido los protagonistas del acontecimiento... Bien, pues a mí me gustaría llevarme el Goya a la mejor actriz secundaria en la película del parto, porque la protagonista no soy yo (salvo en mi próximo parto), los protagonistas son ellos (la mujer que pare, el bebé que nace y, en ocasiones, la pareja que los acompaña, pero no siempre).

Una vez que has visto lo que una mujer puede hacer y lo que un bebé puede conseguir, esto no tiene marcha atrás, al menos no para mí. Yo me he comprometido con este proyecto. El proyecto de crear un espacio en que las mujeres puedan parir dignamente, de forma respetuosa y con el menor grado de intervencionismo posible. Me comprometo a luchar al lado de las mujeres, para respetar ese momento mágico que permite a una mujer dar a luz a su bebé, que permite al bebé llegar a este mundo. Me comprometo a ofrecer siempre los mejores conocimientos para que el proceso sea lo más seguro posible y, al mismo tiempo, lo más digno para los implicados. Mi compromiso particular como matrona, mujer y madre va más allá. Me comprometo con la vida, con los bebés que están por venir y con las mamás que están por parir.

BLANCA HERRERA, comadrona

## Pasos para una ecología del nacimiento

La transformación de la cultura del nacimiento no es una tarea menor, requiere de la participación de todos los colectivos: profesionales, madres y padres, instituciones. Cada cual tiene su papel. Para constituirse en un estímulo para el cambio, se pueden hacer muchas cosas, por ejemplo:

- Informarse a fondo de todo lo relativo al parto y sus implicaciones. Prepararse para la maternidad y paternidad, no solo físicamente sino en sus aspectos psicológicos.
- Informarse de cuáles son las prácticas habituales en el hospital de referencia, y de las tasas concretas de intervenciones: cesáreas, episiotomías, etc.
- Solicitar una atención respetuosa y no medicalizada, tanto en el departamento de atención al paciente como en el servicio de obstetricia, mediante un plan de parto u otro tipo de escrito ([www.elpartoesnuestro.org](http://www.elpartoesnuestro.org)). Es deseable mantener una entrevista con los responsables para dialogar acerca de todo ello. Esto es conveniente incluso en caso de planificar un parto en casa.
- Liberarse de la ingenuidad y desarrollar la capacidad para ver al «lobo bajo la piel del cordero» cuando es el caso. Eso puede implicar, por ejemplo, cambiar de ginecólogo o de hospital cuando la situación se anuncia cruenta. Pero incluso en pleno parto, es interesante recordar que la ley permite solicitar el cambio de profesional cuando este tiene un trato irrespetuoso, trata de imponer por la fuerza intervenciones innecesarias, o simplemente no hay empatía.
- Prepararse para el parto y la maternidad, y no solamente desde el punto de vista de la información. Después de varias generaciones de delegar la tarea de dar a luz en manos ajenas, hay todo un camino de desaprendizaje, de conexión con el propio instinto y de desarrollo de la confianza en el propio cuerpo. Es una tarea que implica desembarazarse de la necesidad de aprobación ajena y ajustarse a lo culturalmente establecido, y recuperar el poder de dar a luz con el propio cuerpo.
- En caso de recibir una mala atención, presentar una reclamación ante el director del hospital, ante el Consejero de Salud y el defensor del paciente de la comunidad autónoma correspondiente, y la dirección de la aseguradora en su caso.

## Comadronas

- Reclamar una profesión independiente y una actualización en los planes de estudios siguiendo el modelo europeo.
- Ejercer el derecho a la autonomía en la atención de los partos normales reconocidos por las leyes.
- Profundizar en el significado de la palabra *comadrona*.
- Solicitar un programa de formación continua que permita reciclar la práctica profesional de acuerdo con lo que recomienda la OMS.

## Las Consejerías de Salud de las Comunidades deberían:

- Obligar a los hospitales a hacer públicas sus cifras de intervenciones (cesáreas, episiotomías, fórceps, etc.).
- Recordar a los hospitales su obligación de *primum non nocere* y conminarles a aplicar las recomendaciones de la OMS.
- Establecer planes de formación para que los profesionales estén verdaderamente en condiciones de aplicarlas.
- Establecer mecanismos para que los hospitales conozcan los derechos de los usuarios y los respeten e implantar algún sistema para que las usuarias puedan, de hecho, tomar decisiones sin presiones.
- Establecer mecanismos más inmediatos que los larguísimos y carísimos juicios para conocer el grado de satisfacción de los/las usuarios/as y detectar cuáles son los profesionales particularmente ineptos para tratar directamente con las mujeres en el momento crítico del parto.
- Hacer encuestas a todas las familias que han parido en el hospital acerca de su satisfacción con el servicio y el trato recibidos.



- Liberar la profesión de matrona de la subordinación al médico, haciendo de la matronería una profesión independiente y autónoma.
- Incluir el parto en casa como parte del sistema.
- Desarrollar una red de casas de partos en las proximidades de los hospitales, como existen en otros países europeos.

#### Para saber más:

---

«Cambio de práctica basado en la evidencia: protocolo de asistencia al parto con bajo grado de intervencionismo.» Blanca Herrera Cabrerizo, Antonio Gálvez Toro, Isabel Carreras Fernández.  
«Cuidados en el parto normal. Guía práctica.» OMS.

#### Webs:

Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad. <http://www.msc.es/novedades/docs/estrategiaAtencionPartoNormal.PDF>

Iniciativa Parto Normal de la Federación de Matronas de España <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>





Desde que se publicó este libro, en 2006, las cosas han continuado evolucionando, de una forma muy notable en algunos hospitales, y más lentamente en otros. Pero en muchos centros hospitalarios lo que aquí se describe continúa siendo una realidad.

Es de destacar, sin embargo, la publicación en octubre de 2007 de la *Estrategia de Atención al Parto Normal*\*, elaborada por el Observatorio de Salud de la Mujer (Ministerio de Sanidad) con la colaboración de las sociedades profesionales (matronas, ginecólogos y pediatras neonatólogos) y las asociaciones de usuarias (El Parto es Nuestro y la Plataforma pro Derechos de Nacimiento). El texto fue aprobado por el Consejo Interterritorial de Salud (Consejerías de Salud de todas las Comunidades Autónomas) y en la actualidad se están desarrollando instrumentos y medidas concretas para la progresiva aplicación de la estrategia en los hospitales.

El objetivo de la estrategia es, según la propia nota de prensa del Ministerio, *humanizar la atención al parto y situarla en su justa dimensión fisiológica*, incorporando una mayor calidez a la calidad asistencial al momento de dar a luz, con la garantía de los niveles de seguridad alcanzados. Concretamente:

1. Promover el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible.

---

\* <http://www.msc.es/novedades/docs/estrategiaAtencionParto-Normal.PDF>

2. Fomentar la consideración del parto como un proceso fisiológico a la vez que su reconocimiento como acontecimiento singular y único en la vida de las mujeres y las familias, y en las relaciones de pareja.
3. Incorporar la participación activa de las mujeres gestantes en la toma de decisiones informadas en la atención al parto para que se sientan protagonistas y responsables del parto.
4. Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de cada mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y la criatura.
5. Reorientar la formación del personal de la medicina y la enfermería (en especialización y formación continuada) implicado en la atención al parto, para que sean capaces de incorporar los contenidos de esta estrategia en su trabajo.
6. Fomentar el desarrollo de investigaciones orientadas a mejorar los modelos de provisión de servicio para la asistencia al parto.

El texto completo está colgado en la web del Ministerio, aunque será revisado en años posteriores conforme avance la implementación de la Estrategia.