



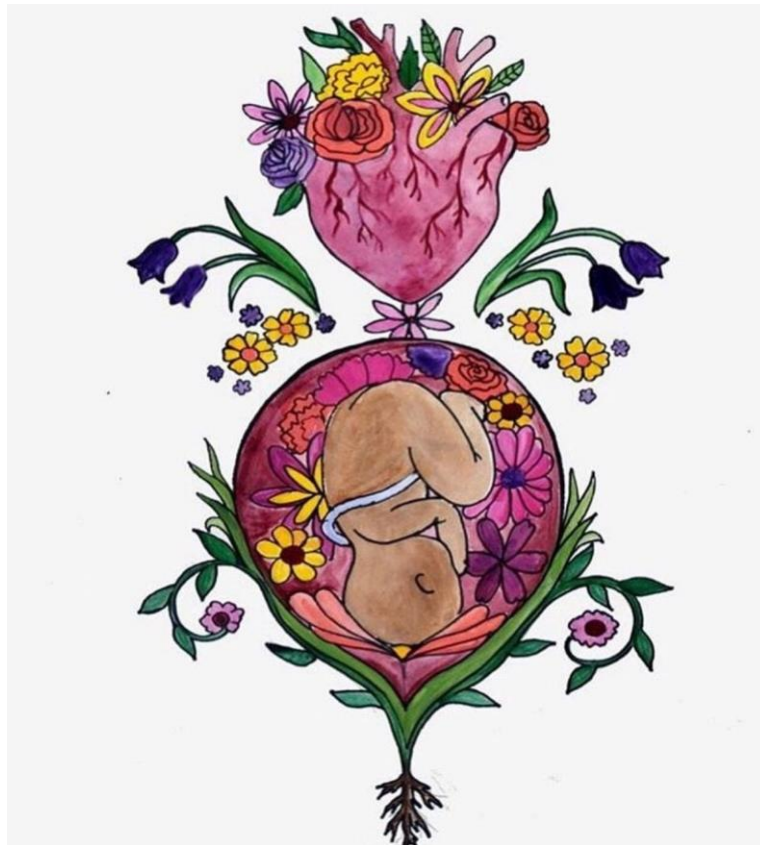
**GRADO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y CULTURAL**

**TRABAJO FINAL DE GRADO  
CURSO 2018-2019**

**Título**

**CLAUDIA RODRIGO PEÑA**

**TUTOR: Javier Mir Rodríguez**



1

**JUNIO 2018**

*“El poder de parir está en vos”*

---

<sup>1</sup> Ilustración extraída de la cuenta @doula\_portenha. (Instagram).

*Yo se parir.*

*Como parieron las mujeres que me  
precedieron.*

*Mi madre, mi abuela, mi bisabuela,  
mi tatarabuela,*

*Y así hasta la primera mujer.*

*Lo llevo grabado en mis células.*

*Es su legado.*

*Mi cuerpo sabe parir.*

*Como sabe respirar, digerir, engendrar,  
andar, hablar,  
pensar.*

*Está perfectamente diseñado para ello:*

*Mi pelvis, mi útero, mi vagina, son obras  
de ingeniería*

*al servicio de la fuerza de la vida.*

*Yo soy "la que sabe".*

*Y "la que sabe" me susurra:*

*"Cabalga la energía de  
las contracciones como si fuera el éxtasis,*

*Loba, leona, hiena,  
yegua, zorra, gata, pantera...*

*Encuentra tu hembra de  
poder y conviértete en ella".*

*Y siendo ella, mamífera todopoderosa.*

Mónica Manso

**Resumen:**

**Palabras clave:** Parto, violencia obstétrica, sabiduría innata, cuerpo, control, fuerza.

## **ÍNDICE DE CONTENIDOS**

### **1. PRESENTACIÓN**

#### **1.1 Introducción**

#### **1.2 ¿Por qué investigar sobre cuerpo femenino? Justificación**

#### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.4 Hipótesis**

### **2. METODOLOGÍA**

### **3. DESARROLLO**

#### **3.1 Cómo fuimos alejadas**

#### **3.2 Reflexiones sobre el sistema biomédico**

**3.2.1 Relaciones de poder y dominación en el sistema biomédico. Mujeres y embarazos**

##### **3.2.2 *Las no seres.* Violencia obstétrica. Vejaciones a las mujeres**

##### **3.2.3 Violencia obstétrica y derechos humanos**

##### **3.2.4 Lo subjetivo del sufrimiento**

#### **3.3 Los cuerpos de las mujeres**

##### **3.3.1 *Los otros partos.* Diferentes propuestas**

##### **3.3.2 ¿Qué es una doula? La importancia de visibilizar este trabajo**

##### **3.3.3 Aproximación a los procesos fisiológicos de los cuerpos femeninos**

##### **3.3.4 Repercusión de las violencias en los bebés**

##### **3.3.5 Lucha visible. Activismo y asociacionismo necesario**

### **4. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES FINALES**

### **5. ANEXOS**

#### **5.1 Glosario de contenidos**

#### **5.2 Código Ético de la Asociación Española de Doulas**

### **6. BIBLIOGRAFÍA**

## **1. PRESENTACIÓN**

En este primer apartado quiero presentar los motivos por los que he decidido hacer este trabajo, por qué es necesario tomar consciencia de cómo se pare en el sistema biomédico, cuales son los objetivos de mi análisis y cuáles son las hipótesis desde las que parto.

### **1.1 Introducción**

A partir de mi estudio pretendo problematizar las relaciones que tienen las mujeres que paren dentro del sistema médico hegemónico, para discutir las interpretaciones de las sabidurías innatas de los cuerpos que se dominan e invisibilizan bajo el yugo de la violencia patriarcal. Razonaré como creo que los sistemas biomédicos occidentales se imponen sobre las demandas y las necesidades de los cuerpos femeninos dentro de los hospitales para reducirlos dentro del marco de la dominación. Poniendo ideas sobre la mesa acerca de la poca conexión que tienen las mujeres con los procesos fisiológicos de sus ciclos sexuales en nuestra cultura, haciendo que sigan siendo tabúes por superar.

A las mujeres se les oculta en muchas ocasiones los poderes del cuerpo, lo que pasará con él y cómo se transformará a lo largo de la vida hasta que casi llega la primera menstruación. Multitud de niñas tienen la única noción de que los ciclos por los que pasa el aparato reproductor femenino es doloroso. Esto es compartido por el imaginario colectivo de toda la sociedad, tanto para hombres como para mujeres, siendo estas las más vulnerables pues son los procesos que atraviesan su cuerpo de manera fisiológica. Estas nociones se difunden por los medios de comunicación, publicidad, por el boca a boca.... Incide también una mala gestión sobre las nociones propias del cuerpo de las mujeres madres, abuelas, hermanas... en sus respectivas casas, siendo estas mujeres mismas sufridoras de los dolores de los procesos fisiológicos otras víctimas del poco acercamiento que tienen las mujeres occidentales con sus cuerpos.

Que los procesos del ciclo sexual o reproductivo del cuerpo femenino y el dolor sean tabú en nuestra sociedad, está estrechamente relacionado con la excesiva patologización y medicalización del sistema biomédico sobre ellos. Lo podemos observar en la cantidad de medicamentos que existen para paliar los síntomas y padecimientos de los dolores menstruales, píldoras anticonceptivas que liberan cientos de hormonas, dispositivos que se inyectan en el cuerpo de las mujeres para anularlas de su menstruación, etc. Otra innumerable cantidad de

medicamentos para las mujeres menopáusicas, y los aberrantes procesos hospitalarios en trabajo de parto con sus respectivas instrumentalizaciones. Abordo como “en nuestra sociedad, en términos generales, la forma de entender y significar el proceso de gestación y nacimiento está vinculada a la producción de conocimiento médico”. (Núñez, 2014: 49).

Esta desligación de las mujeres y sus cuerpos es parte de la violencia machista en que la que vivimos. Comienza desde que nacemos desposeyéndonos de nuestros cuerpos, siendo así más difícil la lucha de las mujeres por la liberación del sistema opresión. Quiero focalizar mi trabajo en la violencia que se ejerce sobre las mujeres que paren en los hospitales biomédicos, dándole importancia a los espacios donde las mujeres paren y como estos empoderan o te quitan todas las fuerzas, ya que el momento en el que se traslada el parto (acto sexual por lo tanto privado) al hospital (espacio público) hace que se cree en nuestro ideario colectivo la idea de que tal proceso es otra parte enferma más del ciclo reproductivo de la mujer. Esa traslación de un espacio a otro hace que las mujeres pierdan el control sobre el proceso del parto, para dejarla a manos de los profesionales, que son, sin saberlo, parte de la cadena de dominación, reproduciendo sin saberlo el sistema dominante que crea a las mujeres como sujetos pasivos. La mujer es la protagonista del parto, es la que sabe, es la que siente. Se aleja a la naturaleza de lo inherente e innato de los cuerpos que paren. La lucha contra este tipo de violencia la llevan a cabo mujeres sensibilizadas con la lucha feminista y la autodeterminación de sus propios cuerpos. Mujeres que hacen críticas reflexivas sobre el poder y la dominación que el sistema biomédico impone sobre los cuerpos. Y estas mujeres pueden ser desde víctimas de partos traumáticos a partir del sistema hospitalario o trabajadoras del sistema hospitalario que se niegan a reproducir el sistema de dominación que impone el sistema biomédico y su extrema protocolización. Así abordaré temas como biopoder, violencia obstétrica, crítica al sistema patriarcal y sabidurías innatas de los cuerpos que paren.

## **1.2 ¿ Por qué investigar sobre cuerpo femenino? Justificación**

Este análisis es el resultado de una investigación teórica para obtener el título de graduada en Antropología Social y Cultural en la Universidad Autónoma de Madrid. Pero es una mezcla intereses surgidos a partir de todo el desarrollo del grado universitario, de mis atracciones por diversos temas como es la antropología de la salud, emociones, interpretaciones del dolor, los ciclos sexuales de las mujeres y las impresiones propias a partir de como observo un parto con total admiración y pasión. Soy consciente de todos los entramados sociales y culturales que hay sobre el parto y las diferentes subjetividades a partir de las mujeres que han parido y paren acerca de cómo es este proceso. Pero, con intenciones de en un futuro seguir

formándome sobre partos y atención emocional, quiero empezar localizando mi pensamiento crítico acerca de cómo vivo y observo desde mi nula experiencia los procesos de parto y todo lo que les rodean.

Me parece de vital relevancia reflexionar y difundir las nociones de mi investigación o de cualquier otra que aborde conocimientos sobre los procesos fisiológicos de los cuerpos femeninos, pues muchas de las ideas que planteo como, por ejemplo, que el sistema está quitando poder a las mujeres mediante el impedimento que ejerce para que estas se aproximen a sus cuerpos, o el concepto de violencia obstétrica no están en la base de los imaginarios de muchas mujeres. La sanidad reproductiva española está en el punto de mira por la OMS por violencia obstétrica. Es parte de la violencia estructural de género y atenta contra los derechos humanos de las mujeres, sin embargo, este tipo de violencia no está recogida ni amparada por la Constitución Española. Es necesario visibilizar el problema para conseguir un sistema de asistencia obstétrico que nos respete.

### **1.3 Objetivos de la investigación**

Objetivo general:

Mostrar las problemáticas que existen en el sistema biomédico en relación a la falta de atenciones humanizadas y faltas de cuidados en torno a las necesidades de cuerpo femenino y sus ciclos reproductivos en el ámbito obstétrico.

Objetivos específicos:

1. Visibilizar el miedo que tienen las mujeres a sus cuerpos y los procesos naturales del ciclo sexual y reproductivo.
2. Averiguar de dónde provienen esos miedos.
3. Refutar que las carencias de apoyo emocional tras el nacimiento inciden en la personalidad de los bebés.
4. Hacer una distinción entre dolor y sufrimiento.
5. Visibilizar la mala gestión de los medios de comunicación en la creación de confianza y herramientas emocionales sobre los cuerpos que paren.

### **1.4 Hipótesis**

Las hipótesis desde las que parto son:

1. La formación académica del sistema biomédico sería carente de una mirada de género, por lo que no estaría formado para una buena atención de los cuidados en los momentos más vulnerables para las mujeres en la asistencia obstétrica.
2. Las relaciones entre los profesionales biomédicos y las mujeres en el parto sería una relación de desiguales. Quienes tendrían el poder y quienes no. Esto afectaría psicológicamente a la mujer mermando en su capacidad de parir.
3. Los malos partos dificultarían el buen desarrollo de las relaciones emocionales del bebé hacia la madre, y por consiguiente, al mundo.
4. La idea/noción compartida en el imaginario colectivo de que los procesos fisiológicos de los cuerpos femeninos son dolorosos incidiría directamente en que duelan y que las mujeres se quisiesen alejar de los procesos por los que pasa su cuerpo.
5. La idea/noción compartida en el imaginario colectivo de que los partos duelen haría que las mujeres sean más propensas a pedir la epidural.

## **2. METODOLOGÍA**

## **3. DESARROLLO**

### **3.1. Cómo fuimos alejadas**

Para entender el entramado social que hay sobre la desconexión de las mujeres en occidente y los procesos fisiológicos por los que pasan a lo largo de su vida, debemos de dar primero una contextualización histórica de como comenzó el proceso de apropiación y control de los cuerpos de las mujeres, como los partos pasaron de ser tarea de comadronas y parteras a ser tarea de médicos hombres obstetras.

A lo largo de la historia, todo lo relacionado con el embarazo y el parto fue cosa de mujeres: parteras o comadronas que trasladaban de generación a generación sus saberes para que estos no se perdieran. Eran las parteras, herbolarias, curanderas y adivinas del pueblo las que tenían el aprecio de las comunidades ya que eran estas mujeres las que atendían

directamente a los problemas cotidianos. (Arguedas Ramírez, 2014: 150). En el siglo XV, en España las parteras tenían reconocida su profesión como oficio pues estaba recogido por la legislación: “En 1434 las Cortes de Zamora, y en 1448 las Ordenanzas de Madrigal, permitieron el ejercicio de la matronería a aquellas que demostraban conocimientos y experiencia probada. [...]. En 1498 los Reyes Católicos promulgaron una Pragmática sobre el arte u oficio de parterar.” (Margarita García, 2018: 72).

Pero, a partir de la transición del feudalismo al capitalismo, los hombres comenzaron a interesarse, desde una visión médica, sobre aquello que estaba relacionado con el parto, alejando poco a poco a las mujeres de la sexualidad y reproducción. El siglo XVI “trajo consigo la demonización de los saberes de las mujeres, en especial, los saberes de las comadronas” (Arguedas Ramírez, 2014: 148). Margarita García (2018) relaciona el origen del control de los cuerpos femeninos con lo que conocemos como “la caza de brujas” que atormentó a las mujeres desde los siglos XIV al XVII. Silvia Federici (2010) analiza la interesante relación que hay entre la quema de personas acusadas de crimen de brujería y que 80% de estas fueran mujeres. Las llamadas “brujas” eran mujeres con grandes conocimientos sobre los procesos de los cuerpos femeninos, sabidas de embarazos, partos y prácticas anticonceptivas. Tales saberes fueron perseguidos y secuestrados haciendo desaparecer a aquellas mujeres donde residían esos conocimientos, se las expropió de sus sabidurías de las hierbas, remedios curativos, y sus capacidades de atender y sanar a las personas de sus comunidades. Las mujeres que controlaban tales competencias tendrían entonces dos opciones: ser quemadas por la Inquisición acusadas de brujería o ocultar sus saberes. Al no poder realizar, mostrar y enseñar sus conocimientos estos se fueron perdiendo, rompiendo con un proceso histórico de acumulación y transmisión de saberes heredados. (Arguedas Ramírez, 2014). Fue una paulatina eliminación de las mujeres de cualquier ocupación vinculada a los cuerpos.

Silvia Federici -extraído de Arguedas Ramírez, 2014- hace reflexión sobre cómo tuvo que ser ese proceso en el ideario de las mentes de las mujeres durante los siglos de la quema de brujas. Mujeres viendo como sus familiares, vecinas, etc. eran asesinadas por ayudarlas en todo aquello relacionado con los saberes y controles de los procesos fisiológicos de sus cuerpos. Que una mujer tuviese poder sobre otro cuerpo femenino, que supiese como funcionaba se convirtió en algo satánico. Esto sería también una explicación a por qué desaparecieron los métodos anticonceptivos que eran utilizados antes del siglo XVII, y cuando volvieron a parecer era una “creación de hombres”, de los hombres de la medicina y la farmacéutica. También se explicaría la desinformación tal que hay en Occidente sobre cuantos días al mes la mujer es fértil. Puesto que los remedios anticonceptivos actuales, en su mayoría, median sobre el cuerpo



de la mujer, siendo nosotras fértiles alrededor de 72/84 días al año y los hombres, sin embargo, todos los días. Pero es sobre nuestro cuerpo donde cae la medicalización y la responsabilidad. “En el continente americano según se sabe, gracias a las investigaciones etnofarmacológicas, en países como México, Ecuador y Bolivia contaban con una larga tradición de los partos originarios en el uso de plantas abortivas, anticonceptivas, así como técnicas para atender el parto. No obstante, estas fueron prohibidas luego de la conquista y durante la colonización. Mucha de esta información ha sobrevivido, por la tradición oral de estos pueblos indígenas y aún se practica en alguno de ellos (del Popolo, Schkolnik, Oyarce, & López 2013), (Naranjo & Escaleras, 1995), (Quezada, 1975).” (extraído de Arguedas Ramírez 2014: 151).

Fueron los médicos varones de clase alta los que desplazaron del territorio de los cuerpos femeninos a las curanderas y matronas con la imposición de la centralidad de saber ejercidos desde las academias científicas. El monopolio político y económico fue una exigencia de las clases burguesas puesto que eran las personas adineradas las que podían permitirse el lujo de estudiar, aún así esos estudios eran meramente teóricos en contraposición al de las mujeres que aprendían viendo y haciendo. “[...] “las brujas” representaban una amenaza política, religiosa y sexual. [...] Religiosa porque no aceptaban someterse a una supuesta ciencia teórica que, con el visto bueno de Dios, las excluía sistemáticamente (las curanderas aparecían como una interferencia perversa contra la voluntad divina, porque sólo los curas y médicos podían actuar con el beneplácito de Dios, aunque en la mayoría de los pueblos sólo las curanderas ofrecían asistencia médica real” (Margarita García, 2018: 74). Cabe destacar también que las mujeres que se dedicaban a la matronería, eran en su mayoría mujeres de un status bajo, pues dependía enteramente del nivel económico de las mujeres a las que atendían, de igual manera las curanderas puesto que atendían a todas las personas del pueblo. (Margarita García, 2018), (Arguedas Ramírez, 2014).

El secuestro de estos saberes significó la apertura en campo libre para el ejercicio de la nueva medicina científica de los hombres, medicina la cual solo estaba abierta a aquellas clases económicas que pudieran permitírselo. Así los ejercicios de las mujeres quedaron relegados a los pueblos. Federici (2010) utiliza el término de *Colonización del útero*, puesto que se sometieron los saberes a la descalificación de “inferiores”. Se hegemonizó el conocimiento de la sexualidad femenina y la centralidad del poder de la nueva medicina que se universalizó escribiendo una nueva historia del hombre occidental degradando los papeles curativos que las mujeres tuvieron durante siglos, dejándolas en una perspectiva subalterna del nuevo orden mundial. Al hablar de *colonización del útero* debemos hacer una reflexión crítica acerca de la centralidad del saber ya que nos encontramos bajo los residuos del conocimiento científico

impuesto como el “intelectual” desde la agencia occidental, y siendo esto una universalización el resto de conocimientos se esencializan como periféricos, locales, de los pueblos, etc. categorías interpretadas como no válidas, ya que estas sabidurías se expresan en términos que no son aceptados por la medicina porque no comparten un mismo lenguaje. El lenguaje, al ser también objeto subyugado de la hegemonía masculina es interpretado como legítimo o ilegítimo por un grupo que ostenta el poder y dictamina lo que es lícito o no. Por eso podemos decir que se absorbieron las historias de las mujeres dejándolas en el *no-lugar* donde no son relevantes para construcción de la modernidad y el relato universal. Así los saberes innatos de los cuerpos femeninos fueron desacreditados por la comunidad científica por ser “crédulos”, “ignorantes” y no expresados en sus mismos términos .

### **3.2 Reflexiones sobre el sistema biomédico**

#### **3.2.1 Relaciones de poder y dominación en el sistema biomédico. Mujeres y embarazos**

Respeto y armonía durante uno de los procesos fisiológicos y emocionales más vulnerables del ciclo reproductivo de los seres vivos: el parto. Parece lógico, que cualquier mujer pida consideración y dedicación para este trabajo, ya que la llegada al mundo de un nuevo ser vivo, además de representar uno de los momentos más destacados culturalmente, es a su mismo tiempo uno de los más delicados a lo largo de nuestras vidas, tanto para las madres como para los bebés ya que si el desarrollo de este no resulta positivo puede llegar a ser un *shock* para ambos. Es obvio, que las mujeres que deciden ser madres deberían terminar este proceso felices, a partir del entendimiento del esfuerzo que todo este trabajo requiere. Desgraciadamente, en gran parte del sistema biomédico, el parto está lejos de ser un proceso dichoso y respetado.

Para entender todo el entramado significados que hay alrededor del parto en occidente, es necesario explicar las relaciones de autoridad y dominio del sistema biomédico y sus pacientes. Caeremos, entonces, en una concepción de relaciones de poder y subordinación. En el sistema occidental concebimos una única forma hegemónica y bien vista para parir, y es aquella que dictamina la ciencia. Forma en la cual, el cuerpo de la mujer se patologiza de manera excesiva- saliéndose de lo ordinario-, alineándolo, tomando por ellas mismas el control de las situaciones, y alejándolas así de las sabidurías innatas y naturales de sus propios cuerpos. Creando, por consiguiente, que sean indispensables todas las medicalizaciones que se superponen a sus procesos fisiológicos.

Vivimos en una sociedad patriarcal, donde las mujeres se encuentran dentro de un marco en el que se tiene una visión biológico determinista sobre sus cuerpos. La visión determinista nace en Occidente dentro de un proceso muy extenso de consolidación de un nuevo orden social, económico, político y científico como es la sociedad capitalista burguesa, que aunque desigual y jerárquica se presentó como un orden natural que fue legitimado por el evolucionismo social y la idea de progreso. Se constituye un nuevo sistema de poder y dominación inscrito en el cuerpo y la biología, naciendo así el *biopoder*, concepto acuñado por Foucault. (Esteban, 2006:11). El biopoder (Foucault, 1976) es una nueva forma de entender la dominación de los cuerpos ejercida por el Estado. Mientras antes el poder se ejercía desde los estados soberanos por medio del derecho a la muerte, la nueva forma de dominación consiste en gestionar, controlar y organizar tu vida. Foucault habla como a través de las *disciplinas del cuerpo* creadas a partir del siglo XVII se centran en hacer útil al sujeto social como individuo, entendiendo a este sujeto como parte de una cadena de producción necesaria para la sustentación del poder. La **biopolítica** es la fuerza y autoridad de la política sobre los individuos ejercida mediante la medicina, tiene la capacidad de dirigir la existencia humana pero su característica fundamental es que es eficaz generando nueva vida. El **biopoder** entonces, es el medio para controlar a las personas y su salud mediante vacunas, transplantes de órganos, etc. La relación entre términos se da porque es el Estado -biopolítica-, quien utiliza el biopoder -hospitales-, para estabilizar o mermar a diferentes grupos. Todo esto nace cuando la población es entendida como conjunto de organismos y es objeto de intervención por el sistema, generando una administración de la vida que dirige la existencia desde el útero hasta la muerte. El biopoder modifica a los seres humanos mediante sus características biológicas en beneficio de un orden social estable. Es en la Edad Media cuando el Estado muestra preocupación por la población y cuando se intenta controlarla mediante medicinas y curas. Mostrando así su capacidad para configurar y organizar las sociedades occidentales, utilizando a los y las profesionales médicos, que es a quienes se da el mando para ejercer tal poder. (Ugarte Pérez, 2017).

La duda que nos asalta es: entonces, ¿la medicina occidental (biomedicina) con la que crecemos es una fuente de seguridad o de control? Me moveré a lo largo del trabajo en dos términos para designar un mismo concepto: *biomedicina* como *medicina hegemónica*. Entendiendo el término de *hegemonía* según Gramsci, como el poder adicional del que goza el grupo dominante para hacer coincidir sus intereses con el interés general. Este término es la piedra angular del pensamiento político de Gramsci, utiliza el concepto en un sentido que se difiere de la primera conceptualización de este creado en el contexto de la Revolución Rusa,

que aunque entendido como el ejercicio de aglutinar a diferentes actores en un mismo sentido, él lo teoriza en términos de Estados Occidentales, no como un término geográfico, sino con un uso político y cultural para referirse a aquellos Estados en los que existe toda una serie de instituciones para la sociedad civil que naturalizan un determinado orden social. Consiguiendo un consentimiento de los gobernados hacia la autoridad de los gobernantes, les atribuye legitimidad al ejercicio del poder político de la élite que lo ejerce. Por tanto, no es solo la mera práctica de coacción, sino que tiene una parte fundamental en la importancia del convencimiento y la seducción. Gramsci utiliza la metáfora bélica de la “guerra de posiciones” que desbaratan cualquier pensamiento que no sea dado por las instituciones intermediarias que naturalizan la determinada visión del mundo que conviene a los gobernantes, y que da una determinada ordenación de legitimidad a unos señalados actores que poseen los papeles sociales, sobre quién debe hacer qué cosa y cómo puede hacerlo. Estas instituciones son directamente políticas, pero formalmente no son reconocidas como participantes de los procesos políticos como son la Iglesia, los medios de comunicación, la escuela, los hospitales, etc. Éstas extienden una determinada visión del mundo, normalizan un orden social y lo fortifican según antojo de la élite. Es una “batalla” por el sentido común de una época determinada, que debe ganarse primero la seducción de las mayorías. La medicina hegemónica es por tanto un ejercicio, que no solo se reduce a la suma de diferentes actores para la creación de una alianza que genera un sentido común sino que, es una construcción que invisibiliza la primacía de un determinado sector social que incluye a otros sectores sociales en forma de subordinados y dispersa y neutraliza a una minoría que no está conforme con el orden impuesto. En los Estados modernos, el componente del consentimiento, la naturalización de un determinado orden asignado y la integración (o no) de diferentes actores en el reparto de roles cristaliza la asignación de los recursos y bienes comunes de determinada manera, dejando otros procedimientos -igualmente válidos- a lo subalterno o alternativo.

La hegemonía en la medicina -y en todos los campos- ejerce su poder a través de la legitimidad impuesta por el Estado y para el Estado para un orden determinado, es por eso que cuando los intereses del grupo dominante consiguen mellar y hacerse también los intereses del grupo dominado cuando se crea un liderazgo intelectual y moral para la sociedad en su totalidad, y es el mismo liderazgo intelectual que en el ideario colectivo de la sociedad occidental se comparte sobre los médicos de la biomedicina, aceptando de manera universal sus ideas particulares.

Por otro lado Eduardo Menéndez (1988) define a la biomedicina como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica, que aleja al

resto de medicinas tradicionales o alternativas dejándolas en la periferia, creandolas como subalternas y haciendo un culturicidio de los saberes paralelos. La medicina hegemónica se identifica como la única capaz de entender la enfermedad y se legitima por los criterios científicos y el Estado. Así, la medicina hegemónica ejerce una coerción continua de la regulación de las actividades sobre los cuerpos, controlando tiempos y espacios. Mediante esta ligación del Estado hacia el cuerpo del individuo social se impone una “relación de docilidad-utilidad”, que es a lo que Foucault llama *disciplinas*. Mediante este nuevo sistema de dominación, los cuerpos -ya sin ser seres sociales- están dentro de un engranaje que ejerce la autoridad sobre ellos, naciendo la “nueva mecánica del poder; como se puede hacer presa en el cuerpo de los demás, no simplemente para que ellos hagan lo que se desea, sino para que operen como se quiere, con las técnicas, según la rapidez y la eficacia que se determina. La disciplina fabrica así, cuerpos sometidos y ejercitados “cuerpos dóciles””(Foucault, 1976: 144).

Si aceptamos estar dentro de un sistema de dominación sobre nuestros cuerpos absoluto, debemos aceptar que “Los discursos médicos, por los valores y poder asociados, tienen la propiedad de impregnar fácilmente la ideología social que los aceptará como realidades.” (Montes Muñoz, 2007: 44). Es una constante: el control de la medicina sobre los cuerpos de las mujeres y sus capacidades reproductivas. Vivimos con las insistentes nociones de que el cuerpo de la mujer en los procesos fisiológicos de sus cuerpos son frágiles y caemos en problematizaciones constantes. Así, Mari Luz Esteban (1994) lo apunta como medio indirecto para controlar los cuerpos femeninos. Creando los problemas sobre los cuerpos de las mujeres, se legitima la necesidad de utilizar a biomedicina a cualquier costa, porque se interpreta que el cuerpo de la mujer es débil. Así aparece una cadena de medicalizaciones y patologizaciones constantes. Esta sistematización del control sobre los cuerpos femeninos se puede observar con total claridad en los procesos de embarazo, parto y puerperio. Narotzky (1995) -(extraído de Montes Muñoz, 2007:43)- afirma que en estos procesos se plasma la finalidad controladora de la medicalización en cadena y la trascendencia en los idearios colectivos de las mujeres y sus interpretaciones sobre sus capacidades reales, que se ven severamente melladas. Las mujeres no tienen ningún tipo de control sobre sus procesos, lo que hace que sean sujetos pasivos de sus propios partos. “La representación que el sistema médico hace del riesgo disminuye o anula la confianza de las mujeres, además de que les expropia de sus saberes o percepciones en relación a las prácticas y vivencias de sus cuerpos, ya que se entiende, ellas no están capacitadas para detectarlos y que, por otro lado, les supone una continua amenaza.” (Montes Muñoz, 2008). Las mujeres, a partir de los protocolos impuestos no pueden acceder a sus propios cuerpos. Con la imposición de la tecnología se va desatendiendo lo que la madre siente, pues no se

pregunta, acceden a ellas mediante las pantallas de las ecografías, se pierden las impresiones y su propia subjetividad.

El poder es una relación de fuerzas, una situación estratégica en una sociedad en un momento determinado, así estaremos bajo el poder de manera constante. En el sistema biomédico- de poder y control- se establece una especialización académica-técnica que neutraliza los problemas desligando el sujeto social de lo que padece, haciendo que todos aquellos individuos entren dentro de unas patologizaciones universales con remedios universales, donde se ahorra tiempo y dinero, ya que todo se vuelve colectivo. No se atiende a un contexto explicativo individual. En tal construcción, se ponen de manifiesto la dominación sobre los cuerpos, que influye en sus “percepciones diferenciales sobre el dolor como en la generación de causalidades, y por supuesto en la utilización diferencial de terapéuticas y tratamientos”. (Otegui, 2000:229). Las percepciones de dolor se crean como ideologías dentro de la cultura atendida por el sistema biomédico, unida a la historia de hegemonización de los saberes y las prácticas interpretadas como válidas. “En esta producción de sentido y significación podemos rastrear los instrumentos políticos que utiliza el poder para reproducir unas determinadas relaciones de dominación.” (Ibidem: 230).

Las prácticas deshumanizadas y la reproducción del modelo biomédico hegemónico sobre los partos se repiten en gran parte de los hospitales y dan como consecuencia determinadas tesis y realidades, haciendo pasar a la mujer por situaciones en las que se le hace sentir inferior, se le quita la voz -por lo tanto se la ignora en sus deseos o intenciones-, se la sobrepatologiza, y por consiguiente sobremedicaliza, en muchas ocasiones los tratamientos que sobre ella se realizan llegan a ella mediante conceptos médicos que no entiende y así se la distancia mucho más de lo que está ocurriendo con su cuerpo, lo que se traduce en pérdida de autonomía -no entiende lo que está ocurriendo- y por consiguiente pérdida de capacidad de decisión. Si las mujeres no tienen acceso a información sobre cómo parir y donde se reproduce el control social sobre sus cuerpos, se las manipula y las hace objetos del poder hegemónico. Todas estas dinámicas forman parte de la violencia estructural que atenta contra ellas.

Estas prácticas se localizan en la violencia simbólica ejercida de manera psicológica, creando legitimación de las situaciones violentas. Se infantiliza a mujer porque no se le otorga el status de sujeto social con autonomía: “La violencia simbólica es aquella que se ejerce, sin mediación de la fuerza física, sobre un agente social con su complicidad, pues que el agente dominado no es consciente de su estado de sumisión, no se siente obligado a actuar y pensar de la forma en la que no hace porque significaría ir en contra del orden lógico o “natural” de las cosas. Es tramitada a través de símbolos, como son gestos, actitudes... cuyo significado es

comprendido e interpretado dentro de una propia cultura, y es transmitido de generación en generación mediante la educación” (Fernandez Fernandez, 2005- extraído de Eva Margarita, 2018-).

La biomedicina tiene el poder respaldado por el conocimiento hegemónico de los poderosos, de los intereses en occidente. Los funcionarios médicos difunden el conocimiento, enfermedad y solución respaldados por el Estado, así nadie podrá poner en duda lo que ellos promulgan como verdad e evidencia científica. La medicina patologiza los partos, y aleja a las mujeres de los procesos de sus organismos para que estas creen que necesariamente deben ser curadas, cuya cura tiene un valor económico. Asimismo, si unimos entonces, *biopoder con cuerpos femeninos violentados* y el *control absoluto* que se tiene sobre estos y su sexualidad nos encontraremos con la *violencia obstétrica*.

### **3.2.2 Las no seres. Hospitales y violencia obstétrica. Vejaciones a las mujeres**

Eduardo Menéndez (1988) habla de aquello en lo que se convierten los sujetos en los hospitales, son los *no-seres*, donde pierden su voluntad y su capacidad de decisión, porque el poder y saber del médico siempre se pondrá por encima de las percepciones de los dolientes. Al entrar en el hospital como enfermo, las palabras de este sujeto carecen de importancia y lo que le ocurra siempre será válido mientras tenga una representación en un monitor. “Las mujeres toman al papel pasivo teniendo que asumir la autoridad médica sin debatir” (Montes Muñiz 2008, 282), las mujeres embarazadas se convierten también así en *las no seres*, como cuerpos enfermos dentro del contexto médico.

Las anteriormente llamadas *disciplinas* de Foucault (1976) exigen la clausura, en este caso hablamos de los hospitales que es donde se ejerce el control de la medicina científica, un espacio cerrado donde solo su poder puede ejercer la autoridad preestablecida, un “lugar protegido de monotonía disciplinaria, donde el dominio tenga un protocolo de actitudes delimitadas para que las disposiciones adquieran un carácter global que sea beneficiario para el sistema en tiempo y eficacia donde nada permanezca ocioso o inútil” (Ibidem: 156). Vinculando esta reflexión a los protocolos de los hospitales y los partos, no podemos dejar de cuestionar los tiempos en los que las mujeres alumbran, y como estos están completamente relacionados con la optimización máxima del tiempo. Las mujeres no conscientes del dominio que el sistema biomédico ejerce sobre sus cuerpos, que acuden inmediatamente en las primeras contracciones, sin que el proceso de parto esté adelantado, se encuentran con que el proceso de nacimiento se agiliza tajantemente, marcando sobre sus cuerpos unos ritmos no naturales. La falta de información que reciben las mujeres, como sujetos pasivos en sus respectivos partos,

es una forma de continuar con la dominación de los cuerpos. En ocasiones, se las infantiliza de tal manera que se entiende que no son seres conscientes o que no tienen la suficiente capacidad para entender el proceso. Así, el no comunicar las acciones que se llevan a cabo sobre ellas, las alternativas que dispondrían paralelas al protocolo hospitalario, o simplemente la falta de información básica es una forma de violentación sobre los cuerpos.

Son infinidad la de ejemplos que refutan el hecho de la dominación sobre las mujeres dentro del sistema biomédico hegemónico. Todos aquellos procesos que no dejan libertad y autonomía a la mujer en su trabajo de parto y postparto, subyugando su cuerpo a procesos que se ajustan más a los imperativos puestos por los médicos, que están alejados del bienestar de la madre y la no intervención del proceso son lo que llamamos *violencia obstétrica*, que degradan e intimidan a las mujeres de distintas maneras en cuanto a la atención en el ámbito reproductivo se refiere.

La violencia obstétrica apenas es reconocida por el imaginario colectivo, la gente apenas sabe lo que significa este término más allá de la unión conceptual de los dos términos que la forman “violencia” y “obstetricia”. Y esto es una amenaza contra las mujeres en todas sus formas ya que se configura dentro del escenario de la violencia patriarcal que sufren. Si se las enmarca como sujetos pasivos de su propio cuerpo se reproducirá la idea como base en las mentes y continuará la dominación, ya que se concibe a las madres que van a parir como enfermas y dependientes del control.

Se capitalizan los tiempos en los que el individuo está dentro del hospital, así se acumula la fuerza y capacidad de acción sobre los cuerpos para que sea más susceptible al control. Mediante la segmentación del tiempo, en este contexto, cada tiempo-fase es definido con un término específico, organizando las fases en trámites que se enlazan unas con otras combinándolas según complejidad creciente, ahorrando tiempo y dinero (Ibidem: 163). La violencia obstétrica comienza por la desligación de “mujer” y “cuerpo”, entendiendo la categoría de “mujer” dentro de unos entramados sociales de dominación que la terminan visualizando como un sujeto incapaz de parir sin no es con la ayuda de la medicina científica. A partir de tal concepción, por desgracia, en muchas ocasiones comienzan las degradaciones psicológicas en las que interviene, por ejemplo, la infantilización, para pasar luego a una instrumentalización de manera protocolaria, es a lo que llamamos *medicalizaciones en cadena*. Este término es utilizado para hablar sobre el uso de instrumental y químicos farmacológicos, que se siguen uno detrás de otro de manera consecutiva y ordenada bajo un ritual médico, que se suministran a la mujer desde el momento en el que se patologiza el parto para comenzar los protocolos previamente instaurados y realizar el seguimiento hospitalario entendido como



rutinario y necesario. Cuando el proceso de embarazo y parto es intervenido -y no respetuoso- hablamos de violencia. “Si bien resultaría ingenuo no reconocer los innegables beneficios que los avances en este campo han logrado conquistar, las prácticas de rutina durante el momento del parto, aplicadas de forma sistemática, mecanicista y medicalizada, adquieren un carácter negativo, que muchas veces deriva en situaciones de violencia para mujeres” (F. Belli, 2013: 23).

Las representaciones sociales que se comparten en el ideario colectivo sobre que los médicos del sistema científico representan la verdad absoluta y que no se puede llevar la contraria a su trabajo favorece la asistencia obstétrica intervencionista y segmentada “con poco diálogo, y que busca adecuar las rutinas, los protocolos y los procesos informatizados al proceso dinámico, fisiológico y afectivo inherente al parto. Esa representación influye en el poder de decisión de la mujer que, en nombre de la seguridad, delega el comando del proceso al profesional especializado”. (Da Rocha Pereira et al., 2011: 209).

A la mujer y a su cuerpo se la *histeriza*: “triple proceso según el cual el cuerpo de la mujer fue analizado -calificado y descalificado- como cuerpo integralmente saturado de sexualidad; según el cual ese cuerpo fue integrado, bajo el efecto de una patología que le sería intrínseca, al campo de las prácticas médicas; según el cual, por último fue puesto en comunicación orgánica con el cuerpo social cuya fecundidad regulada debe asegurar), el espacio familiar (del que debe ser un elemento sustancial y funcional) y la vida de los niños (que produce y debe garantizar, por una responsabilidad biológico-moral que dura todo el tiempo de la educación).” (Foucault, 1976: 127).

Así, entendemos a la violencia obstétrica como otra forma más de control social, enraizada dentro de una dominación de los hombres hacia las mujeres que conocemos como violencia de género, ya que sigue el patrón de subordinación de los cuerpos femeninos. Es el sistema biomédico, controlado por el poder de los hombres quienes hacen que el sistema se reproduzca, y se desarrolla a partir de los funcionarios médicos que reproducen este control social sin -muchos de ellos- ser conscientes de las dimensiones que ampara este problema, ya que son los profesionales de la salud los legitimados para controlar y organizar los cuerpos -femeninos-. Legitima el papel pasivo de las mujeres ya que es inherente a la estructura patriarcal. (Margarita García, 2018: 62).

Durante el embarazo se construyen e impulsan sobre la mujer discursos que definen el rol maternal como la principal función basada en lo *moral* y *natural* manteniendo la representación de su cuerpo como carente de fuerza y vulnerable para justificar el control sobre ella. Por lo que a lo largo del proceso se reproduce la idea del valor/coste que la madre tiene

que afrontar para un bien común: la reproducción de la vida humana. El cuerpo es interpretado como potencialmente peligroso pues lo que ocurra con él puede generar riesgos que amenacen su vida, la del bebé y el orden social, así “las mujeres gestantes se convierten en el centro de una atención médica desde la que se promueve la inseguridad, el temor, la indefensión y la culpa atributos entre otros que, refuerzan el estereotipo tradicional por el que socialmente se han considerado la inferioridad femenina”. (Montes Muñoz, 2008).

Pero, ¿qué es lo que lleva a un profesional a reproducir la violencia obstétrica? Las razones vuelven a ser múltiples, comenzando por su invisibilización. Si las dinámicas de la violencia ya están dentro de lo estructural de la medicina, esta se seguirá enseñando y reproduciendo de manera constante, invisible a quien la instruye y quien la aprende. Falta en formación de género desde las escuelas de medicina. Estrés y poca empatía generada a partir de turnos de trabajo intensivos, comunes dentro de los hospitales. Razones económicas: en los hospitales públicos se debe optimizar tiempo y dinero; en los hospitales privados se ganará más dinero si se realiza una cesárea -aunque no sea necesaria-. O simple acomodación a los protocolos establecidos e inamovibles. Estas son algunos de los motivos por los que los profesionales pueden llegar a reproducir este tipo de violencia, haciendo que las relaciones entre médico paciente sean asimétricas “Las formas de maltrato son resultado de estas relaciones donde las mujeres embarazadas son consideradas “pacientes”, con lo que se espera que respondan según las características del término, que por otro lado, también se fomentan en la relación. Estas características son entre otras, la pasividad, la aceptación, la sumisión y la obediencia que se imponen haciendo uso del poder. Las mujeres pueden ser maltratadas cuando en la práctica de esta relación normativa llega a anularse su condición de sujetos sociales con derechos.” (Ibídem: 280). Es muy fina la línea que separa el paternalismo médico con los derechos de las mujeres. Pero aun así “las/os profesionales de la medicina y enfermería, concienciados o no, tienen impedimentos específicos por su enculturación en una visión esencialista y etnocéntrica del cuerpo y la salud, relacionada a su vez con la propia fundamentación científica de la biomedicina.” (Esteban, 2006: 10).

“Estas dinámicas son fruto de una intersección de relaciones de poder ligadas a las jerarquías de género, saberes y clase que entran en conflicto en las luchas por la posesión del conocimiento legitimado y control de la asistencia médica del parto” (Bellón Sánchez, 2015: 95). Reflexionar y hacer crítica sobre cómo funciona el sistema biomédico que está afectado por las subjetividades de cada persona que trabaja dentro de un hospital -atendiendo que aunque todos estudien dentro de una misma academia científica, siguen siendo personas individuales con juicios independientes- no ambiciona despreciar el trabajo de las personas que forman un

hospital, sino que busca poner sobre la mesa todas aquellas experiencias de mujeres que lo han pasado mal, para que se abra un debate y se pueda poner fin a situaciones que muchas madres interpretan como negativas, porque debemos entender que el ejercicio de la medicina está supeditado a las categorías sociales como es el género, el nivel económico y los valores ideológicos de cada profesional (Bellón Sánchez, 2015: 97), que si bien es obvio que cada persona puede tener sus respectivas opiniones críticas, éstas no pueden hacer mella en las voluntades ajenas o en los derechos de las mujeres que paren en un hospital.

A partir de estas premisas nace el término *parto humanizado* como reivindicación de las mujeres a la sobredicalización del parto que comenzó tras su tránsito al hospital, donde se protocolizaron una serie de rutinas que están lejos de ser beneficiosas para el alumbramiento como: el rasurado del vello púbico, introducción de enemas, la posición de litotomía, falta de libertad para moverse, canalización intravenosa, el uso de oxitocina sintética para aumentar las contracciones, la episiotomía, la separación madre y bebé al nacer, el corte del cordón umbilical antes de que este deje de latir, la extracción manual de la placenta... El parto pasa de ser un proceso fisiológico y natural, a un proceso conducido y manejado. Se arrebató el trabajo de parto natural a las mujeres como medio de control.

Si las técnicas nombradas se reproducen en los medios de comunicación y por consiguiente en las mentes, las mujeres creerán que son necesarias para que el parto siga un transcurso correcto, cuando lo que se está haciendo con ellas es someterlas, pues si creemos que estamos enfermas, crearemos que irremediablemente necesitaremos que nos curen. Un ejemplo bastante ilustrativo es la rotura de bolsa manual e inducción de oxitocina sintética. El embarazo *normal*, entendido como el tiempo sano, se da entre las 37 y las 42 semanas. No recibir esta información, llegar al hospital de 40 semanas y que digan que se ha salido de cuentas, por lo que retrasar más el parto es peligroso para el bienestar fetal y que la mujer sea inducida con oxitocina sintética, sin permitir que las mujeres liberen la suya propia, hace que las contracciones se hagan intolerables pues no se están respetando los tiempos naturales. La consecuencia será un mujer pidiendo químicos porque el parto ya se habrá salido del marco del poder del cuerpo. Esto es violencia obstétrica. “El castigo ha pasado de ser un arte de las sensaciones insoportables a una economía de los derechos supeditados” (Foucault, 1976:19).

### **3.2.3 Violencia obstétrica y derechos humanos**

Otro gran problema que forma parte de las dimensiones de la violencia obstétrica es su no reconocimiento como apéndice de la violencia de género a nivel constitucional. En España, por ejemplo, esta violencia no está tipificada específicamente, aunque las prácticas

constitutivas se encuentran prohibidas ya que suponen la vulneración de derechos básicos reconocidos en los Convenios Internacionales así como en la Constitución Española: a la integridad física y moral (artículo 15), a la libertad personal (artículo 17) y a la intimidad (artículo 18) (El parto es nuestro, s.f.). Aun así no es suficiente, pues su no reconocimiento literal ante la ley deja a los médicos y profesionales obstetras a las sombras de las libertades individuales bajo nociones como “el médico hará lo mejor por su bienestar” idea convulsa que podríamos negar a partir de las anteriores explicaciones sobre dominio del cuerpo ejercido por el Estado, ideas del poder biomédico de Foucault (1976).

El concepto de violencia obstétrica ha sido recogido de manera literal en las legislaciones de varios países de América Latina como Venezuela, México y Argentina. Por otro lado, en países como Bolivia y Ecuador se han adaptado salas de parto para *partos interculturales*, donde mujeres indígenas puedan estar cómodamente en una sala de hospital pero con todas las comodidades que tendrían en su casa. En Bolivia, por ejemplo, el parto intercultural es una manera que tienen las mujeres de ser protagonistas de sus propios partos en centros sanitarios donde se respetan sus voluntades, son en su mayoría mujeres aymara. En esta atención pueden estar presentes todas las personas que la madre desee, además de una partera tradicional y los profesionales médicos. Este trabajo fue llevado a cabo por la Organización de Médicos del Mundo, en el momento en el que se hicieron conscientes de que los niveles de cobertura sanitaria en Bolivia eran bajos, además de que no se conseguía que las mujeres indígenas acudieron a los hospitales para parir. La dominación de la medicina hegemónica las atravesaba desde tres categorías diferentes como son la clase, el género y la raza. Se impulsó una estrategia de atención con enfoque intercultural promoviendo la participación de las parteras tradicionales, conciliando tradición y biomedicina. (Wawachaña, s.f.). En el continente latinoamericano también encontramos el caso de Ecuador que dispone una guía llamada “Guía para la atención del parto culturalmente adecuado” (2008), creada a partir del compromiso que la sanidad debe tomar para realizar partos humanizados e interculturales atendiendo a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. “Estos lineamientos han sido pensados a partir del reconocimiento de la condición plurinacional, intercultural, pluricultural y multiétnica del país, con la finalidad de mejorar la atención en preparto, parto y postparto de las mujeres y los recién nacidos, adaptando los servicios a las necesidades individuales y costumbres culturales de la población.”(F. Belli, 2013: 28).

En 2004, Argentina promulgó la primera ley para su regulación legal dentro del marco jurídico que fue conocido como la Ley del Parto Humanizado, aunque si bien, no recogía el término de violencia obstétrica, se presenta como un gran avance en la protección de los

derechos reproductivos de las mujeres argentinas, y estos son los derechos que las mujeres poseen durante el embarazo, trabajo de parto y puerperio:

“1. A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

2. A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

3. A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

4. Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

5. A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

6. A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética. (Ley 25929- Art.2), (extraído de Íbidem, 2013)”.

No es hasta 2009 cuando se promulga la “Ley de protección integral para intervenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales” que se expande a las diferentes esferas de vida doméstica, vida pública y las instituciones estatales, así se añade a la violencia obstétrica como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los derechos naturales, de conformidad con la ley 25929” (extraído de Íbidem, 2013).

Sin embargo, fue Venezuela el primer país en recoger a este tipo de violencia por su nombre conceptual literal y la tipificó como delito en 2007 recogida en el artículo 51: “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” que dictamina tal que así: “Se considerarán actos consecutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.

3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo amamantarla inmediatamente después de nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado”.  
(extraído de *Íbidem*, 2013: 29).

Si el concepto de violencia obstétrica ha sido expresamente reconocido por estos países, ¿cómo es posible que en otros se siga invisibilizando este problema? En España su denuncia se recoge en el amparo legal del artículo 43 de la Constitución Española, en la “Ley de Autonomía del Paciente”, “La ley General de Sanidad”, y “La ley de Ordenaciones de las Profesiones Sanitarias”. Sin embargo la lucha de las mujeres españolas continúa hasta llegar a punto del reconocimiento legal específico de esta violencia, ya que hasta que no sea identificada en las leyes no se podrá llevar una supresión total de ella. “Si comparamos las cifras de cesáreas, episiotomías, inducciones, etc con las recomendaciones propuestas por la OMS vemos que en España todavía se realizan intervenciones que, presumiblemente, eran innecesarias.” (El parto es nuestro, s.f.). En España no tienes medio para denunciar las prácticas abusivas que sobre ti se pueden realizar en el momento del parto, puesto que no es una ley no puedes denunciarlo ante un Juzgado. En cualquier caso puedes redactar un informe en modo de formulario de queja del hospital que te ha atendido, que en muchos casos se quedan en el olvido pues si las técnicas invasivas que se denuncian, no se recogen en el informe médico posterior al parto, no se puede probar ya que no hay demostración grabada, a no ser que las consecuencias físicas que haya generado en el cuerpo de la mujer sean innegables como puede ser por ejemplo, una episiotomía que genere incontinencias urinarias. Dejando, por lo tanto las denuncias por maltrato psicológico a otra escala de la invisibilización, ya que una mala práctica a nivel psíquico no podrá ser denunciada tal y como se conciben las leyes en estos momentos.

Así lo denuncia la abogada Francisca Fernández que ha llevado cuatro casos de violencia obstétrica en nuestro país ante la Comisión de Derechos Humanos de la ONU. Estos casos llegan a la Comisión después de que sus denuncias fueran archivadas en los juzgados españoles: “Durante el proceso judicial se aportaron informes periciales de ginecología y obstetricia que probaban que no había ninguna necesidad clínica para cortar la vagina de la Sra. S. También se aportó un informe pericial que probaba las secuelas psicológicas y el diagnóstico

de estrés postraumático en relación con el maltrato sufrido durante el parto. Todo el material probatorio aportado por la víctima fue ignorado." (Francisca Fernandez- extraído de Requena Aguilar, 2018-).

A lo largo del siglo XIX se han realizado varias conferencias que se encuentran en el contexto del alcance de los derechos humanos como la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979), Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer (1993), Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las mujeres "Convención Belem de Pará" (1998), que han urgido la necesidad de considerar el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como una exigencia a introducir en los derechos humanos universales, así "La violencia obstétrica constituye también una violación a los Derechos Humanos, tanto como una manifestación de la violencia de género contra las mujeres como desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano." (F. Belli, 2013: 30).

Son los estados los que deben garantizar programas de salud enteramente éticos, que respeten cada proceso del embarazo, parto y puerperio, y que cualquier práctica física o psíquica que sobrepase la línea de lo necesario -y moral- pueda ser juzgada ante la ley como reclamo de un derecho básico del ser humano.

### **3.2.4 Lo subjetivo del dolor**

La información y las ideas que residen en el imaginario colectivo acerca de cómo es un parto están totalmente condicionadas por las escenas que desde el cine se difunden. Cuando pensamos en el alumbramiento de una mujer, en seguida visualizamos una chica en un hospital boca arriba, abierta de piernas, histérica y sin ningún tipo de autonomía para pensar de manera razonable, rodeada de matronas, ginecólogas, auxiliares, enfermeras, etc. que la salvan de todas las complicaciones que parece que van surgiendo, y es que la televisión muestra lo que le interesa al mercado pues es el mejor medio de comunicación de masas. Los medios organizan lo cotidiano según intereses y establecen cuál debe ser el imaginario social según las exigencias del Estado, es "capaz de percibir lo que la sociedad indica, e incluso antes de que ella lo reivindique, incorpora esas indicaciones, las reprocesa técnicamente, las recicla ideológicamente y las difunde" (Da Rocha Pereira et al., 2011: 204). Así, las personas sin acceso a medios alternativos donde consultar otras fuentes, procesan y perciben la televisión como referente. De esta manera podemos comprender que las dimensiones culturales y sociales del parto como algo trágico y doloroso son un fenómeno influenciado por los medios de

comunicación en relación al sistema biomédico que impone categóricamente la protocolización del alumbramiento. Las mujeres mostradas en la televisión con miedo, cero autonomía y pasivas desde la visión del control médico, debilitan a las reales pues se entiende que no se puede hacer nada, ya que en los especialistas reside el saber absoluto. Se procesa que el parto es un acontecimiento potencialmente peligroso en el que siempre hay unos posibles riesgos, y el mejor sitio para eludir todo inconveniente es el hospital. Pero a partir de los profesionales biomédicos se establecen relaciones entre el placer de la concepción y los dolores de parto que se reinterpretan necesariamente con el sufrimiento de la mujer, cosificándolas para controlarlas y hacer que se sientan culpables en “el proceso de parto con frases como: *Te lo tenías que haberlo pensado antes*. Son el símbolo de la responsabilidad que se inculpa a las mujeres por su disfrute sexual, idea propia de la conservadora religión cristiana” (Montes Muñoz, 2008: 286).

Desde occidente en general, y a partir del poder hegemónico del sistema sanitario sobre nuestros cuerpos en particular, se nos socializa para que entendamos que el dolor físico es una noción del pasado o de aquellos que están en otra “línea de desarrollo”, ya que los “países *avanzados*” tienen las capacidades y los medios suficientes para que no se sufra ningún tipo de padecimiento doloroso. A partir de esta premisa, no somos educados para acercarnos a los procesos fisiológicos de nuestro cuerpo, y se nos alejan de los síntomas naturales de los ciclos de vida. En cuanto al ciclo sexual de la mujer, se encuentra alineado y lejos de acercarse a la realidad de su naturaleza porque desde que las hembras comienzan a menstruar se las medicaliza para que no sientan la liberación de óvulos. No se enseñan técnicas alternativas de superación de los dolores, ni ningún tipo de asimilación de los síntomas menstruales pues para eso se requeriría tiempo y dedicación, y para el sistema/Estado, que la mitad de la población se pare no beneficia en tiempo ni dinero.

Por otro lado, a partir del sistema patriarcal en el que vivimos, el cuerpo masculino se ha interpretado como norma, y ha sido el foco alumbrado por el conocimiento de la medicina científica. No se han atendido a los padecimientos de los cuerpos de las mujeres porque son entendidos como consecuencia de la norma, donde esta se universaliza para atender a todos los organismos.

Como resulta obvio, sí que podemos encontrar medicinas para los padecimientos de la menstruación, pero en el marco de la dominación de género en la que nos encontramos, todos los remedios divulgados por la ciencia terminan doblegando los cuerpos de las mujeres, como por ejemplo, la píldora femenina, elemento subordinador. Debemos de reconocer que la invención de la píldora anticonceptiva fue algo liberador para las mujeres en la década de los



años sesenta, porque por primera vez las mujeres podía decidir sobre la reproducción, pero los tiempos han cambiado y lo que antes representaba un nuevo paso para la liberación, ahora, tras un discurso feminista renovado significa más opresión. Opresión porque somete la fertilidad a una comodidad de los hombres. La píldora se comienza a ofrecer a las adolescentes desde edades muy tempranas, incluso antes de que empiecen a mantener relaciones sexuales para evitar los dolores de regla, también es ofrecida para las jóvenes que buscan remedios para las pieles acneicas. (Rodrigo, 2018). “La menstruación no debe producir dolor; en todo caso, una ligera molestia. [...] Cuando se presenta fuera de los parámetros normales, sus características anómalas son claros indicadores de problemas de salud, de nutrición o de estrés físico y mental” (Valls-Llobet, 2009: 135-136 -extraído de Margarita García, 2018: 96-). Las mujeres se encuentran con este problema en todos los momentos del ciclo sexual y reproductivo: comenzando por la menstruación, la medicalización del parto o las falsas interpretaciones sobre las angustias de la menopausia. Procesos en los cuales no se atiende a todo lo que influye el medio en los cuerpos, como las ansiedades y nociones de malestar que cuentan desde que somos muy jóvenes, haciendo que sintomaticemos los procesos fisiológicos naturales en condiciones funestas. Los estados como el periodo, el embarazo, el parto o la menopausia son estados naturales que deberían ser considerados como tales pero están controlados por las farmaceuticas y por tal patologización que acaba perpetuando un círculo de desconexión con nosotras mismas. “Las concepciones negativas y/o de sufrimiento que tienen las mujeres sobre dichos procesos son tanto psicobiológicas como socioeconómicas [...] La menstruación es un proceso biológico, normal, que se resignifica culturalmente. Y ese supuesto dolor depende mucho de la cultura donde las mujeres estén inscritas. Así, Margaret Mead, en *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa* (1975) comprobó realizando un estudio con 30 niñas adolescentes que sólo seis de ellas manifestaban algún tipo de dolor menstrual, sin que por ello el dolor afectara a sus tareas y juegos cotidianos. Las niñas de Samoa no mostraban conflictos con el sexo, y no se avergonzaban de tener la menstruación, viéndola como algo natural” (Margarita García, 2008: 96-100).

La negación y el rechazo que existe desde occidente hacia los procesos del cuerpo y el dolor hace que muchas mujeres caigan irremediabilmente en el uso de la epidural, ya que se ofrece como alternativa y evasión *a las circunstancias del pasado*. Por eso se prefieren soluciones técnicas y medicalizadas antes que un proceso emocional y natural. Necesitamos despatologizar la experiencia aceptando el dolor como una parte más de la experiencia fisiológica de parto.

En la misma línea de argumentación, podríamos decir que el acto en sí de la medicalización, que supuestamente nos otorga un parto seguro, es fuente de dolor, ya que las intervenciones no consensuadas, ni hechas con respeto hacen que el parto sea más duro, así se merman las sensaciones de empoderamiento y ganas de afrontar ese dolor como parte del proceso. Cuando una mujer pide la epidural está pidiendo acabar con el sufrimiento que el medio le provoca. Las desconfianzas de las mujeres hacia los espacios de parto que proponen y son dispensados por los hospitales debilitan al mismo tiempo las fuerzas de las parturientas. Los miedos salen del pavor a lo desconocido, no estar familiarizadas con el entorno y rodeadas de personal que no conocen. Poco se conoce de las salas de parto, más allá de lo que la televisión muestra, y de lo poco que muestra las mujeres se quedan con la noción de que poca legitimidad tendrán durante el proceso. “La incertidumbre sobre lo que sucederá y cuándo ocurrirá es fuente de ansiedad, ya que impide a la persona saber qué debe hacer para prevenir lo que lo amenaza o para paliar sus efectos. [...] El elemento clave del sufrimiento lo constituye la *indefensión percibida*, y definen este concepto como la percepción por el individuo de *la quiebra total de sus recursos físicos, psicológicos y sociales*.” (Bayés, 2003: 70). Es de tal modo que las expectativas de dolor cambian la manera de percibir este, pues cuando esperas recibir mucho dolor los músculos se tensionan, los niveles de adrenalina suben y así aumenta la sensación de lo doloroso.

El dolor es algo subjetivo que varía desde cada grupo social hasta cada individuo, de la misma forma las mujeres deben tener sus propias herramientas en cuanto al manejo de este, y discernir esta sensación de sufrimiento, pues no es lo mismo por ejemplo una vacuna que una perforación en el cuerpo para hacer un piercing. Informar a las mujeres gestantes y/o que van a dar a luz sobre lo que está pasando y lo que va a pasar es de imperiosa necesidad, dando a conocer y aclarando en todo momento cómo funciona el cuerpo durante todo el proceso, más allá de que ellas estén informadas o no, así se crean relaciones de confianza de profesionales a madres y se da la suficiente seguridad que produce saber lo que está ocurriendo en tu entorno.

Es necesario tomar consciencia sobre qué es importante en cada momento y dejar que el cuerpo sabio trabaje de forma innata produciendo todo lo que la mujer en ese momento necesita, sabiendo interpretar lo que el cuerpo pide: “El empoderamiento de las mujeres pasaría por el rescate de los poderes y saberes femeninos que el proceso civilizatorio tendría eliminado o sometido”. (Tornquist, 2002). Cuando el entorno exterior interfiere en este espacio de seguridad interior es el momento en el que los partos pueden llegar a complicarse y requerir del uso de fármacos, intervenciones médicas o actuaciones quirúrgicas que de otro modo posiblemente no serían necesarias. La oxitocina natural que desprende la mujer en el trabajo

de dilatación es esencial para el alumbramiento y la baja percepción del dolor. Esta hormona es la protagonista de todo el parto, es la misma que las personas producen cuando experimentan un momento de placer, se encuentran tranquilos o alegres. A partir de esto, podemos entender que lo que la madre y el bebé necesitan, en ese momento, es placidez y serenidad para que la dilatación de desarrolle favorablemente y que el contexto no interrumpa la segregación de oxitocina. Los elementos que pueden ayudar a la gestante a llegar a ese estado de calma pueden ser los masajes, el silencio, la luz tenue, calor, música relajante e incluso los orgasmos. Michel Odent afirma que- extraído de Laura Cardús i Font (Cardús i Font, 2015:138)- “la parturienta necesita intimidad, silencio y un ambiente de respeto para que sus funciones fisiológicas ligadas con las hormonas del parto se desarrollen con normalidad y conduzcan a un parto sin complicaciones”. La hormona antagónica a la oxitocina es la adrenalina que puede venir a partir de las incertidumbres que el medio provoca en las embarazadas, las prisas, las luces intensas, o el ruido propio de los hospitales.

Está claro que en la sociedad occidental el dolor físico es un tabú y no se nos educa para afrontarlo, ya que dispones de soluciones inmediatas (o casi) para combatir esta experiencia, constituyéndose como procesos con lo que no estamos familiarizadas, al igual que las mujeres que están acostumbradas a medicalizarse con los síntomas de la regla y se vuelve un tormento pasar esta sin analgésicos. El sobrellevar mejor o peor el dolor, como algo subjetivo, necesita de preparación mental y voluntaria destinada a tomar consciencia de que el dolor físico no siempre está asociado al desconsuelo, amargura o sufrimiento. (Lázare Boix, 2016:25). “En un contexto favorable a aceptar el dolor como normal sería previsible que las mujeres no se quejaron ni temiesen el parto, mientras que en un contexto (como el actual en la mayoría de los países ricos) en que se considere que el dolor tiene que evitarse, se aceptarían las expresiones de dolor y los medios para evitarlo se privilegiarían”. (Cardús i Font, 2015: 131).

El dolor es fisiológico y el sufrimiento subjetivo. Este último constituye un fenómeno más amplio que el dolor mismo, porque abarca más dimensiones y tiene causas potenciales, de las cuales el dolor como resultado es solo una de ellas. “No todas las personas que padecen dolor sufren, ni todas las que sufren padecen dolor. [...] Una persona sufre cuando: a) experimenta o teme que le acontezca un daño físico o psicosocial que valora como una amenaza importante para su integridad psíquica u orgánica, y b) al mismo tiempo cree que carece de recursos para hacer frente con éxito a esta amenaza” (Bayés, 2003: 70). Bayés también afirma que los procesos como pueden ser el dolor o la muerte son universales, pero a través de la historia los seres humanos han afrontado estos de diversas maneras, dependiendo de las épocas

y culturas en las que se encuentren o en función de su propia biografía las subjetividades en referencia pueden cambiar. (Ibidem, 2003). De igual manera los partos se visualizan y procesan de múltiples formas según lo que hayamos visto o escuchado. Una mejora para las atenciones y los cuidados de los partos debería ser no centrarse tanto en el manejo del dolor sino en el manejo y prevención de situaciones de sufrimiento. (Nuñez, 2014: 43).

Debemos diferir lo que es el dolor del proceso fisiológico como parte del trabajo de parto, de los dolores provocados por la medicalización. El sufrimiento no procede del proceso, sino de todo aquello que médicamente lo envuelve. (Ibidem: 48). El dolor puede ubicarse en el cuerpo a partir de las contracciones, pero el sufrimiento se sitúa en el plano emocional a partir de las intervenciones biomédicas innecesarias, en las que se incluyen un maltrato psicológico. La reconceptualización del dolor es esencial para entender qué es lo que está pasando con tu cuerpo y de lo que está siendo capaz de hacer, mientras que la aceptación pasiva del sufrimiento como algo natural es estar sometida a los espacios alienantes de los centros sanitarios. Tener un apoyo emocional frente a las tensiones y las inseguridades que el proceso puede acarrear por las expectativas, malas experiencias de otras personas, los relatos de la televisión, la incomodidad/inseguridad que el espacio público destinado a curar enfermedades -hospitales- es vital para todo el trabajo de parto.

### **3.3 Los cuerpos de las mujeres**

#### **3.3.1 *Los otros partos. Diferentes propuestas***

La falta de información sobre partos alternativos, la falta de información sobre el poder y sabiduría de los cuerpos, y las imágenes de partos dolorosos que promulgan los medios hace que en occidente concibamos este momento como un sufrimiento terrible e incapaz de ser procesado. Es impresionante como el embarazo, el parto y el posparto algo tan universal a nivel fisiológico cae en entramados culturales moldeados por cada sociedad de manera tan distinta. (Blázquez, 2005: 2). Las mujeres debemos poner sobre la mesa distintas discusiones y posiciones a tomar del parto, para alzar la vista hacia alternativas diferentes al alumbramiento hegemonizado del sistema biomédico. Entre las mujeres que paren, han parido o quieren parir se deben compartir experiencias de los elementos de conocimiento para que así, las mujeres por ellas mismas, sin ningún tipo de dominación que las coaccione, coloquen las percepciones e impresiones sobre las diversas alternativas que el parir nos puede ofrecer. Hay perspectivas que rompen con lo establecido, así pues, encontramos en las periferias lo que se conocen hoy día como *partos alternativos*. Es extraño el término asignado pues lo que llamamos hoy así,

fue como fueron los partos a lo largo de la historia de la humanidad hasta la aparición de la patologización del parto y su posterior traslado al espacio público como son los hospitales.

Los partos que se realizan en el espacio privado son los llamados *partos en casa*. El hogar para parir ha sido el escenario habitual de los nacimientos a lo largo de la historia. Los partos en casa son objeto de estigmas y categorizaciones lejanas a la realidad, pues las personas que deciden alumbrar en su casa, en su mayoría son personas concienciadas sobre las ventajas que supone hacerlo en el hogar, siendo a su vez conscientes de los riesgos que supone, pero que deciden apartar el proceso de las posibles instrumentalizaciones innecesarias (Blog Secretos de una madre, s.f), pensando qué mejor que el espacio que ya conocen, rodeados de las personas que realmente quieren que estén presentes. Hacerlo de esta manera no significa renunciar a la salud y a la seguridad, siempre y cuando se diagnostique previamente que el parto es de bajo riesgo y el proceso esté acompañado por un profesional sanitario cualificado, ginecólogas o matronas. La opción de parir en casa y dejar atrás la intervención y protocolización del proceso no es un retorno al pasado obviando los avances de la medicina, es una decisión única e individual de cada familia para que el parto sea un momento singular, lleno de respeto y no una técnica de re-producción humana más. Decisión tomada en muchas ocasiones por mujeres que sufrieron violencia obstétrica en primeros partos realizados en hospital. La Dra. Fontanillo realizó en 2012 una Guía para padres del Parto en Casa donde recoge las ventajas que tiene el parir en casa frente a acudir al hospital:

1. Espacio confortable, conocido y protegido donde se puede acompañar al bebé con intimidad, calidez y seguridad.
2. Se conoce previamente, pudiendo crear lazos de confianza con el equipo profesional que acompañará el parto.
3. Se asegura el desarrollo de un parto respetado no sujeto a protocolos hospitalarios rutinarios o interferencias prescindibles.
4. Se favorece el desarrollo de un parto fisiológico en el que se ponen en marcha los recursos naturales del propio cuerpo, con lo que es más probable sentir el parto como una experiencia satisfactoria, además de iniciarse los procesos fisiológicos que facilitarán la crianza.
5. El hecho de que el parto pueda desarrollarse de forma fisiológica lleva consigo la disminución de las probabilidades de requerir una cesárea o el uso de instrumental obstétrico. (Fontanillo, 2012).

Parir en casa no se presenta como mejor opción que los partos en los hospitales, simplemente se muestra como una opción alternativa para aquellas familias que deciden no querer tener intervención obstétrica instrumentalizada. Los debates sobre esta práctica están sobre la mesa de manera constante. Muchas personas juzgan que es un riesgo innecesario, pero esto es falso, decenas de estudios y artículos en todo el mundo corroboran que parir en casa con atención médica cualificada no supone ningún peligro (Miguel, s.f.). Por el contrario, las muertes de madres o bebés en el domicilio se deben a una mala gestión de la matrona no cualificada o a la inexistencia de esta. Las mejores experiencias de partos, donde hay menor intervención son los alumbramientos en el hogar. La teoría básica que comparte la OMS es que las mujeres con embarazos de bajo riesgo, mujeres sanas, sean atendidas por parteras/matronas/ginecólogas en espacios donde sea difícil una intervención innecesaria, para liberar los quirófanos y reservar a los médicos para las mujeres embarazadas de alto riesgo. (Polo a Polo).

De lo que huyen las familias que deciden parir en casa, como antes se comentaba, son de los sufrimientos generados a partir del espacio desconocido que supone el hospital. De esta manera podemos interpretar el *no acudir al hospital* como una forma o táctica de resistencia que se ha desarrollado socialmente a partir de la protocolización impuesta del sistema sanitario como enfrentamiento al sufrimiento. “Los factores socioculturales del dolor también nos hablan de la necesidad de evaluar todos aquellos elementos que desde las distintas instancias de los grupos sociales se desarrollan para conceptualizar el padecimiento y establecer fórmulas coherentes y comprensivas de acción que permitan su reubicación en un universo controlable.” Al volver a la práctica de parir en casa se lleva a cabo una estrategia teórica, discursiva y corporal en contraposición al discurso profesional de la medicina hegemónica, que desde otro nivel niega y oculta la importancia de otros conocimientos alternativos/culturales realizando un culturicidio de demás prácticas médicas y populares e invisibilizando los procesos de autoatención. (Otegui, 2000:236).

Dentro de la esencia de parir fuera del hospital, se desarrollan diversos métodos reproducidos a lo largo del proceso para superar los dolores que el proceso fisiológico comprende, desde mujeres con perspectivas del poder de su cuerpo, que entienden el parto no como un trabajo insoportable, sino como un trance. Así, se expanden conocimientos ancestrales y alternativos desde quienes lo poseen, a aquellos que se interesan por ellos. Entre todos los partos alternos que podemos encontrarnos están:

El parto cantando: esta técnica del parto cantado enseña a las mujeres a canalizar de manera diferente la energía generada por el proceso, donde en vez de gritar para superar el

dolor se canta, convirtiendo el sonido en algo positivo, ya que la música ejerce un efecto de analgésico natural. Proviene de una técnica del sur de la India llamada *canto carnático* que fue inducida en Europa en la década de 1960 por el obstetra francés Frédérick Leboyer, quien en un viaje a la India observó cómo las mujeres embarazadas se reunían para meditar y cantar de manera rítmica y repetitiva. Contemplando esta técnica realizada durante el embarazo, y posteriormente trasladada al parto se articulan vocalizaciones fuertes y potentes para la madre, vocalizando todos los sonidos de manera repetitiva, la mujer es consciente de la respiración abdominal, sumamente importante durante el alumbramiento. La respiración profunda y abdominal es la que se experimenta tras las primeras respiraciones al nacer y que se desaprenden a lo largo de la vida. El cántico carnático estimula la garganta. Garganta y canal vaginal están conectados por el nivel celular y el energético<sup>2</sup>. Si la garganta se encuentra distendida y abierta, también va a estarlo el cuello del útero. Así, si se facilita el contacto de estos dos canales se ayuda a eliminar los bloqueos psico-emocionales que repercuten de manera negativa durante la fase de apertura del canal de parto. (Bianco, 2010).

Así pues no será la primera vez que escuchemos sobre el alivio que tienen los sonidos y las palabras en la psique humana, “el recitado mítico constituye un elemento terapéutico de primer orden al organizar la experiencia corporal en un constructo cultural conocido y manejable” (Otegui, 2000: 245). Levi- Strauss en su estudio sobre eficacia simbólica aborda las prácticas terapéuticas que utiliza el chamán de los indios *cuna* en Panamá a través del mito para relajar a una mujer ante un parto difícil. A partir del mito de las creencias de los *cuna*, el chamán reconstruye las nociones de sufrimiento que la mujer padece, así la parturienta en su mente reinterpreta, localiza y controla los procesos dolorosos por los que su cuerpo está pasando. Strauss (1958) explica como la cura consiste en una correspondencia entre los términos del relato mítico y la anatomía real de la madre: “La cura consistiría, pues, en volver pensable una situación dada al comienzo en términos afectivos, y hacer aceptables para el espíritu los dolores que el cuerpo se rehúsa a tolerar. Que la mitología del chamán no corresponda a una realidad objetiva carece de importancia: la enferma cree en esa realidad, y es miembro de una sociedad que también cree en ella. Los espíritus protectores y los espíritus malignos, los monstruos sobrenaturales y los animales mágicos forman parte de un sistema coherente que funda la concepción indígena del universo. La enferma los acepta o, mejor, ella jamás los ha puesto en duda. Lo que no acepta son dolores incoherentes y arbitrarios que, ellos

---

<sup>2</sup> Según los principios de la medicina tradicional de la India (Ayurveda) la zona del pubis corresponde al primer chakra y la garganta al quinto chakra.

sí, constituyen un elemento extraño al sistema, pero que gracias al mito el chamán va a reubicar en un conjunto donde todo tiene sustentación.” (Strauss, 1968: 178) Así, la mediación entre las palabras y la mujer hace una reconceptualización y reconciliación de lo doloroso con el proceso fisiológico. Proceso acuñado por el antropólogo francés como *eficacia simbólica*.

Los partos en el agua se presentan como otra alternativa al alumbramiento medicalizado, aunque si bien es cierto que se puede realizar en el hogar tanto como en el sistema biomédico que está adaptando salas de parto con bañeras para poder dar a luz (Mujer y madre hoy, 2017). Es otra variable de los partos vaginales. Sus ventajas son varias: favorece la relajación muscular, disminuyendo así el dolor, proporciona mejor movilidad al poder flotar, el tiempo del parto se suele acotar, la tasa de episiotomías es más baja, y puede ser tremendamente positivo para el bebé ya que la salida se produce en el medio acuático y la transición del útero, en el que se encuentra en el líquido amniótico, es menos traumática (Luque, s.f.).

Dar a luz a partir del placer de tener un orgasmo es otra alternativa. En occidente concebimos esto como algo imposible debido a que las culturas patriarcales impiden la conexión de las mujeres con sus propios cuerpos, así se condena las pulsiones sexuales de los cuerpos femeninos y por consiguiente no tenemos ningún tipo de acercamiento con los latidos de nuestro útero, haciendo que dejemos atrás las sabidurías naturales e innatas de los cuerpos femeninos. Parir con un orgasmo puede ocurrir pero se debe recuperar el contacto con la sexualidad uterina y hacer del ambiente un lugar idóneo para que ocurra. Como ya hemos dicho antes, en el trabajo de parto interviene una hormona llamada oxitocina natural, la encargada de inducir y mantener las contracciones necesarias para el alumbramiento del bebé. Esta hormona es también llamada la *hormona del amor* pues es la misma que segregamos cuando tenemos un orgasmo. Que la misma hormona que se tiene en el orgasmo esté presente también en el momento de dar a luz no es una casualidad (Trigo, s.f.). ¿Qué necesitamos para parir con un orgasmo? Lo primordial es conocer bien nuestro cuerpo y tener orgasmos con regularidad, conociendo y sintiendo nuestro útero y sus pulsiones, al fin y al cabo el útero es un músculo más y necesita de entrenamiento. Es necesario intimidad, el parto es un proceso sexual y por lo tanto se necesita confianza, cualquier cosa que no relaje a la mujer, traerá lo antagónico a la oxitocina: la adrenalina. Contactando con nuestros cuerpos, y volviendo a los saberes ancestrales de las mujeres que nos preceden, podremos recuperar nuestra sexualidad y comenzar a curarnos de los estigmas que sobre el parto existen. Así mismo, es completamente necesario que cambiemos los paradigmas que hay sobre él, porque cuanto más tiempo sigamos diciendo que el parir es sufrir, se seguirá reproduciendo esa idea en el ideario colectivo,



haciendo que la llave de la dominación sobre lo femenino se siga efectuando. Los genitales femeninos deberían ser el foco de interés durante el parto, y no las competencias médicas de los profesionales que lo acompañan. El alumbramiento puede llegar a ser una parte más del ciclo resexual, y por lo tanto debe ser tomado como tal. Por ejemplo, muchos obstetras recomiendan que, ante el retraso del inicio del parto, las mujeres tengan relaciones sexuales, ya que a partir de las prostaglandinas que el semen tiene, y la segregación de oxitocina natural de la mujer pueden favorecer el adelantamiento de las contracciones. (Lázare Boix, 2016). Es aquí cuando podemos hacernos conscientes de la conexión de parto y orgasmo como un todo dentro del ciclo sexual, que comienza y termina con placer.

### **3.3.2 ¿Qué es una doula? La importancia de visibilizar este trabajo**

Una doula es una persona que acompaña el proceso de embarazo, parto e incluso ayuda en el puerperio en el ámbito emocional, cuida a las madres en el desarrollo de la maternidad, tanto en los partos en casa como en los hospitales. En España, esta profesión no está reconocida oficialmente, sin embargo, en otros países europeos es habitual que las mujeres embarazadas decidan contratar este servicio como Países Bajos y Reino Unido. Las doulas, en su mayoría mujeres, no son matronas, ni médicas, ni obstetras pero juegan un papel primordial de acompañamiento a la madre, su función es informar y conducir de la mejor manera posible todo el proceso. “El apoyo emocional de la doula a la familia tiene beneficios durante el parto, tales como reducción en un 50% de cesáreas, un 40% en uso de fórceps, un 60% del uso de epidural o que acorta en un 25% la duración de los partos. Todo esto, por supuesto, como complemento a una buena asistencia sanitaria.” (El parto es nuestro, 2013).

No existe una especialización reglada, pero para que una mujer se convierta en doula tiene que estar acompañando y aprendiendo de otras con experiencias reconocidas en el sector. En España existen varias asociaciones que difunden los conocimientos de esta profesión y realizan cursos para la introducción de más mujeres en el ámbito como Aedasociación Española de Doulas, Quiero ser Doula o Pequeños Maestros. La formación constante es la base de este trabajo, puesto que es lo que permite construir su presencia formal en la maternidad, conociendo sus diferentes etapas para comprenderlas mejor. Formar parte de esta profesión requiere más que vocación ya que exige reflexión, actualizaciones constantes, honestidad y gran responsabilidad. (Aedasociación Española de Doulas, s.f.). La asociación Aedasociación Española de Doulas ha realizado un código ético en el que recoge todas las actitudes morales

y el desempeño que debe cometer una persona formada para esta profesión.<sup>3</sup> Este empleo es un modo de recuperar la figura femenina en los planos emocionales del proceso de alumbramiento y todo lo que hay alrededor de él. Contribuye al bienestar de la mujer y el bebé con un aporte empático y de alto cuidado sobre la experiencia.

### **3.3.3 Aproximación a los procesos fisiológicos de los cuerpos femeninos**

Se convierte a las embarazadas en bombas que estallan, se patologiza todos los procesos del ciclo sexual, se nos enseña poco de la fisiología femenina, de sus capacidades, de como funciona, de los beneficios que provoca el saber como actúa. Somos tratadas como enfermas a lo largo de todo su curso y es entonces cuando surge la mínima complicación que no sabemos qué hacer porque no se nos muestra, en ese momento es cuando *necesitamos que nos salven, que nos curen los males* que sufren nuestros cuerpos y esperamos que el sistema haga algo que puede hacer el cuerpo por sí solo. Debemos ser conscientes de la sabiduría innata de nuestros cuerpos que son raíz de resistencia. Y transformar lo que las personas tenemos aprendido, que los procesos fisiológicos ligados a los cuerpos femeninos son dolorosos. Porque no es así, porque se debe reconceptualizar el vocabulario y el imaginario compartido, ya que mientras esas ideas se sigan reproduciendo, la coacción del sistema hacia los cuerpos de las mujeres se seguirá manteniendo ya que “para cambiar el mundo primero hay que cambiar la forma de nacer” (Michel Odent). Transformar el parto doloroso en algo virtuoso es posible en occidente, porque como hemos visto antes, hay mujeres capaces de tener un orgasmo durante el alumbramiento. Para ello, se deben dejar atrás los miedos y las inhibiciones que surgen a partir de parir dentro de un sistema de protocolo que no da seguridad. No es que se deje de sentir dolor, porque el dolor acompaña el proceso fisiológico, pero es necesario que se interprete de manera distinta, transformando esa sensación sin dejar que caiga en sufrimiento.

“Para parir con placer, hemos de empezar por explicar a nuestras hijas que tienen útero, que cuando se llenan de emoción y de amor, palpita con placer. Hemos de re-conquistar nuestros cuerpos y re-aprender a mecer nuestro útero, a conectar sus inervaciones voluntarias con las involuntarias; sentir su latido y acompañarlo con todo nuestro cuerpo... Las mujeres tenemos que contarnos muchas cosas. De mujer a niña, de madre a hija, de vientre a vientre, de mujer a mujer” (Rodrigañez, 1995)

De tal manera, a lo que se debe llegar es que la mujer que pare se la deje seguir y escuchar su instinto, entendiéndolo durante el parto como un conjunto de acciones espontáneas

---

<sup>3</sup> Código Ético de la Asociación Española de Doulas recogido en Anexos.

y conductas que se manifiestan durante la dilatación y expulsivo como señales del cuerpo que se generan de forma totalmente inconsciente, que la ayudan a sobrellevar la potencia de las contracciones. Es el instinto actuando cuando una mujer decide que se encuentra mejor dentro del agua, agarrada a una barra, de cuclillas, etc, dejando atrás las imposiciones biomédicas sobre lo que es mejor para el seguimiento -que no acompañamiento- del profesional sanitario y poner por delante lo beneficioso de reflejo de lo inconsciente. (Lazare Boix, 2016). Entender el parto como un proceso que sale desde ti misma, desde el amor, desde la importancia de la conexión del saber innato de tu cuerpo. El parto como un ritual de vida, es un trance. El parto humanizado implica que los protagonistas son la madre y el bebé, dando autonomía a la mujer -que no está histérica y puede pensar- capaz de tomar decisiones en lo que implica su cuerpo.

En nuestros tiempos, se ha dejado atrás el poder de la comunicación entre mujeres. Retomar las conexiones en las que se comparte el conocimiento de madres a niñas ayudaría a que estas se sintieran preparadas físicamente como emocionalmente. Lo ideal sería que a partir del comienzo de nuestros ciclos sexuales -o incluso antes-, las mujeres fuéramos instruidas en saberes, recibiéramos asistencia y orientación de parte de otras mujeres, para aprender a vivir, entrar, explorar y cultivar la sagrada vivencia del ciclo sexual, al igual que la capacidad de dar a luz a una nueva vida. La salud fisiológica es importante, no obstante el garantizar la salud física no puede ser excusa para obviar la salud emocional de las personas.

Cuando reprimimos la sexualidad desde la primera infancia, las niñas crecen sin tener nociones, o sin ser conscientes de la existencia del útero. Así es como este órgano crece atrofiado, contraído sin ser estimulado para los pulsos y los latidos naturales e inherentes del ciclo sexual, por eso, cuando necesariamente tiene que funcionar, las mujeres lo sienten como espasmos o calambres, causando el dolor de la menstruación y el del parto. Según la autora Casilda Rodrigañez (1995) hay una relación directa entre la privación de la sexualidad de la mujer y la puesta de un orden social estructural de relaciones de poder, para organizar las sociedades patriarcales. El parto con placer ocurre cuando el útero se abre relajado y suave, donde cuando ocurre una contracción los músculos del útero se distienden. Sin embargo, las mujeres que no tienen ningún tipo de consciencia de las capacidades del útero y de como este funciona, sienten cada contracción como un calambre. “Filogenéticamente está previsto que el parto sea un acto placentero; lo que no está previsto filogenéticamente es que la niña se haga mujer sin desarrollar su sexualidad, con el útero rígido, espástico.” (Rodrigañez, 2003).

Esta mujer, Rodrigañez, que centra su conocimiento a partir de sus propias experiencias y no en el conocimiento teórico subordinado a la alineación de los cuerpos femeninos dentro del orden patriarcal, crea nuevas reflexiones a tomar en cuanto de mujer a mujer, donde para

ella prima lo emocional antes que lo biológico, refiriéndose a lo emocional de la maternidad que durante las últimas décadas se ha desligado por la imposición del sistema biomédico en los procesos fisiológicos del ciclo sexual de la mujer. Así, habla de lo que ella llama el *deseo materno* (1995) como una pulsión sexual que forma parte de la sexualidad humana. Lo concibe como gusto, placer, el deshacerse y derretirse por dentro a partir de los latidos y pulsiones que surgen cuando la madre y el bebé están juntos por primera vez, y lo interpreta como el aprendizaje básico de las relaciones humanas. Opina que el sufrimiento de las madres y las criaturas no cesará hasta que no se ponga sobre la mesa el dilema de la violencia ejercida contra las mujeres durante embarazo, parto y puerperio y no se permita la expansión de la sexualidad femenina, y la expansión del placer del deseo materno.

### **3.3.4 Repercusión de las violencias en los bebés**

Debemos entender que la sexualidad está enteramente ligada a la expansión del placer en sí mismo y es una capacidad humana de autorregulación y autocuidado corporal, que en nuestra sociedad ha desaparecido como idea en el imaginario colectivo. Mientras se sigan reproduciendo las violentaciones en las que se aleja a las madres de sus bebés en esos primeros momentos tan delicados para la criatura, se seguirá reproduciendo una sociedad donde las personas crezcan con *corazas* (Rodríguez, 1995). Y es que el piel con piel de madre y bebé tras el alumbramiento crea un estado fisiológico y psíquico concreto, es un deseo que si se respetase crearía un vínculo emocional de enamoramiento específico, así en vez de dejar que esta conexión fluya, se corta de raíz desde el momento en que los separan por minutos e incluso horas. Es este momento para el bebé alejado del calor humano lo que supone el primer desarrollo emocional del ser humano. Nils Bergman, un especialista sueco en neurociencia perinatal y promotor del piel con piel entre madre y recién nacido asegura que -(extraído de Rodríguez y Cachafeiro 1995:14)- la neurología ha comprobado que las formaciones de las vías neuronales está pautada hasta las 14/16 semanas de gestación, por lo que el desarrollo del bebé depende de esas primeras semanas y la reacción o contacto que haya tenido o no con la madre. Los seres humanos nacemos solo con el 25% del cerebro adulto, y no llegamos hasta el 80% hasta los dos meses de edad, por lo tanto a los primeros meses de vida lo podemos tratar como una “gestación externa”. Además, también asegura que los seres humanos disponen de un programa neurológico de alerta y defensa ante circunstancias adversas, por lo que en un momento determinado este se activa para huir o luchar. Los bebés que son separados de la madre al nacer se encogen, lloran, tiemblan de pánico, descienden la temperatura corporal y tienen alteraciones del ritmo cardíaco y respiratorio. El cerebro del recién nacido pasa por una

serie de descargas glucocorticoides (cortisol, hormona del stress) y la adrenalina (la hormona del miedo). Todo esto formará parte del desarrollo del cerebro del bebé que está en su periodo de formación. El problema aparece cuando este periodo de separación con la madre es extendido en el tiempo, pues si el periodo de alerta es duradero se forma una patología específica. Es una horrenda situación que viola los derechos de la criatura humana pues tiene un impacto de por vida. Se reprime de esta manera el deseo materno en términos neurológicos y fisiológicos. (Rodrigáñez y Cachafeiro, 1995).

La partera mexicana Cristina Alonso también comparte esta teoría, ella argumenta que el bebé no tiene un neocórtex desarrollado para acordarse realmente de su nacimiento, pero lo que sí se acuerda su subconsciente es de la primera crisis que atraviesa, y es que lo que ocurre en el parto tiene consecuencias a largo plazo. Teoriza con que en los países donde el parto está o estuvo altamente medicalizado, donde los bebés nacen a partir de la oxitocina sintética, las madres y los bebés tienen problemas de vinculación: “Si aleatoriamente, un bebé nace por cesárea está bien, seguro que lo necesitaba, pero cuando ocurre sistemáticamente se verán las repercusiones a posterior. Si cuando naces, eres metido en una caja, y tu madre no puede atenderte porque a ella la están “reparando” después del parto, se verán después problemas de lactancia. Cuando los niños crezcan, a nivel poblacional, podrás ver peor capacidad de vinculación entre los humanos... así verás más violencia intrafamiliar y en la calle, y una desvinculación de los sistemas.” (Polo a Polo). La oxitocina debe ser interpretada como la hormona esencial de la vinculación y la capacidad de sentir empatía hacia el otro y lo que se ha perdido con la medicalización es la capacidad de empatía poblacional. El nacimiento requiere que sea observado como un acontecimiento que marca la vida de las personas, pues el desenvolvimiento de este puede definir las personalidades, los aspectos psicológicos, emocionales e identitarios.

### **3.3.5 Lucha visible. Activismo y asociacionismo necesario**

La clave para que la madre y el bebé en el proceso de parto se sientan bien seguros es cambiar el modo en el que se concibe el parto mismo. Que la mujer esté completamente sola en determinados momentos antes de dar a luz, significa el primer gran escalón para que la madre segregue oxitocina natural que será la llave que abrirá una buena relación entre mujer y niño o niña. En occidente se debe de analizar de manera crítica las atenciones del ámbito obstétrico sobre los protocolos creados para los procesos de parto, porque si bien no podemos generalizar en que todas las atenciones sean nefastas, algunas de ellas sí lo son, de lo contrario no habría mujeres que tildaran sus propias experiencias como abominables. Por suerte,

podemos decir que ya desde las ciencias sociales se está estudiando para intentar solventar y visibilizar lo que las mujeres denuncian.

Desde las academias de medicina se debe trasladar a los aprendices de obstetricia que deben confiar en las capacidades del cuerpo de las mujeres en procesos de parto, ya que si la mujer siente confianza por parte del medio en el que está, podrá dar rienda suelta a su instinto el cual está armonizado y afinado por millones de años. El cuerpo sabe lo que tiene que hacer y como posicionarse en cada momento. A los profesionales o asistentes que estén presentes durante el alumbramiento solo les cabe asegurar unas buenas condiciones, un acompañamiento empático y respetuoso donde solo se intervenga en caso de urgencia.

Mientras estas nociones llegan y empapan la biomedicina, el papel de denuncia lo llevan a cabo las protagonistas que son las mujeres, así las academias sociales y feministas se involucran en este proceso de visibilización. Cabe mencionar todas aquellas asociaciones que llevan su lucha contra este sistema de manera activa y práctica. Son muchas las asociaciones a donde recurren las mujeres sufridas de violencia obstétrica a denunciar mediante informes lo que la legislación española no les deja, además, hay otras tantas que tienen como fin difundir y enseñar a profesionales las nociones de humanización del parto y las recomendaciones de la OMS. Por otro lado, son igual de importantes todas aquellas que trabajan por la difusión de la posibilidad de tener un parto en casa, respetuoso y alejado de las intervenciones instrumentalizadas y químicas. Así es importante reconocer el papel que tienen organizaciones como:

1. **El parto es nuestro (EPEN)** creado en 2003 como una asociación sin ánimo de lucro y feminista formada por usuarias y profesionales que pretenden mejorar las condiciones de atención sanitaria a madres, hijos e hijas durante el embarazo, parto y puerperio en España, así como difundir las recomendaciones de la OMS en atención al parto y promover la lactancia materna.
2. **DONA LLUM** creada en 2006, está formada por mujeres unidas por el convencimiento de que madres y bebés deben recibir una atención obstétrica digna y respetuosa durante el embarazo, el parto y post-parto en Cataluña. Son una asociación de voluntariado sin ánimo de lucro. Que tiene como misión situar a madres y bebés en el centro de la atención perinatal en Cataluña. Observa las prácticas obstétricas actuales y promueve su adecuación a la evidencia científica respetando las necesidades y derechos de mujeres y bebés.
3. **Plataforma pro Derechos del Nacimiento.** Está formada por un grupo de asociaciones, centros de orientación maternal, profesionales del mundo en nacimiento,

padres/madres y futuros/as padres/madres, que son conscientes de la necesidad de crear un cambio en las formas de nacimiento biosanitarias. Cuyo objetivo es conseguir que en los hospitales se sigan las recomendaciones de la OMS para hacer un proceso respetado.

4. **La escuela de Consuelo Ruíz.** Es una iniciativa privada colectiva sin ánimo de lucro que comienza a desarrollarse en 2007. Está formada por un grupo de profesionales de varios ámbitos como la salud, la salud materno-infantil, mujeres... Realizando tareas de investigación en diversas disciplinas. Uno de sus objetivos principales es capacitar profesionales y asistentes para actuar en la prevención, y disminución al máximo del intervencionismo.
5. **Asociación Nacer en casa** que tiene como finalidad crear redes ciudadanas de control de la asistencia obstétrica con el propósito de mejorarla. Extender la posibilidad de parir en el hogar como modelo válido asistencial y acabar con tabúes y prejuicios. Dar a conocer, también,, diferentes modelos de asistencia de la Sanidad Pública vigentes en la UE.

El activismo por parte de estas asociaciones es imprescindible ya que ayudan a difundir y establecer pensamientos críticos como contrainformación de los difundidos desde la academia biomédica. Es esencial puesto que visibiliza la necesidad de un cambio en lo cotidiano que busca crear un mundo sin violencias contra el cuerpo femenino, un cambio imprescindible basado en la justicia social y en la igualdad. Difundir la lucha contra esta violencia hace que las personas se unan y sean más fuertes, además de divulgar el conocimiento puesto que al ser una violencia tan invisibiliza, muchas mujeres la sufren y no saben poner nombre a lo que sobre sus cuerpos se hace, las mujeres necesitan saber como se llama cada cosa, conociendo se entienden los procesos. Porque más allá de las satisfacciones personales de lucha de no ser objeto subordinado del sistema, el poder comprobar que la lucha colectiva es efectiva nos ayuda a avanzar socialmente.

## **4. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES FINALES**

### **5. Anexos**

#### **5.1 Glosario de contenidos**

**Bienestar fetal:** Las pruebas para el control del bienestar fetal son aquellas que tratan de conseguir a través de una valoración del feto de forma sistemática, la identificación de aquellos que están en peligro dentro del útero materno, para así tomar las medidas apropiadas y prevenir un daño irreversible. (Natalblen web, s.f.)

**Canalización intravenosa:** técnica invasiva que nos permite tener una vía permanente al sistema vascular del paciente. A través de esta vía podremos administrar sueroterapia, medicación y nutrición parenteral. (Enfermería Práctica web, s.f.)

**Episiotomía:** Incisión desde la comisura posterior de la vulva hacia el ano, que tiene el fin de evitar un desgarro (aunque la evidencia es que el desgarro es curado mejor por el cuerpo) y así facilitar la expulsión del bebé.

**Fase de dilatación:** primera fase del parto, desde que comienzan las contracciones hasta que se llega a la dilatación completa del cuello del útero, unos 10 cm.

**Fase de expulsivo:** El expulsivo o también llamado período de pujar, termina con el nacimiento del bebé, que sale por el canal de parto gracias a contracciones involuntarias uterinas. El inicio del expulsivo se define como el momento en que se constata que la mujer está en dilatación completa o cuando la cabeza del bebé es visible. (El parto es nuestro, s.f.)

**Medicalizaciones en cadena:** uso de instrumental y químicos médicos que se suministran a la mujer desde el momento en el que se patologiza el parto para comenzar los protocolos previamente instaurados y realizar el seguimiento hospitalario entendido como rutinario y necesario. Cuando el proceso de embarazo y parto es intervenido -y no respetuoso- hablamos de violencia.

**Oxitocina natural:** Hormona secretada por la hipófisis<sup>4</sup> que tiene a la propiedad de provocar contracciones uterinas y estimular la subida de la leche. Es la también llamada hormona de amor o de la afectividad, pues la produce el cerebro y funciona como neurotransmisor. Cuando se libera produce una sensación de bienestar, confort y placer.

**Oxitocina sintética:** Preparado farmacológico para inducir el parto y aumentar la fuerza de las contracciones mediante un proceso no natural.

La oxitocina es una hormona que ayuda a las mujeres a dilatar durante el trabajo de parto. Sin embargo, al administrar por vía intravenosa, y no pasar por el cerebro de la parturienta no se producen las necesarias endorfinas para contrarrestar sus efectos. Tiene un efecto mecánico

---

<sup>4</sup> Glándula de secreción interna del organismo que está en la base del cráneo y se encarga de controlar la actividad de otras glándulas y de regular determinadas funciones del cuerpo, como el desarrollo o la actividad sexual.



sobre el útero, provoca una respuesta física en ese órgano, pero no afecta a nivel emocional ni conductual de la madre. (Margarita García 2018).

**Patologizar:** De patología. Es un derivado correcto si se quiere formar un verbo que signifique “dar carácter de patología”, es decir, tratar algo como si fuese una enfermedad.

**Posición de litotomía:** Posición que adopta la paciente en decúbito supino, apoyada sobre la cabeza, torso y nalgas, con las piernas levantadas y apoyadas sobre los complementos de la mesa quirúrgica o de exploración. Imposición de esta postura para parir desde el sistema biomédico.

**Prostaglandinas:** Provocan la contracción de la musculatura lisa. Esto es especialmente importante en la del útero de la mujer. En el semen humano hay cantidades pequeñas de prostaglandinas para favorecer la contracción del útero y como consecuencia la ascensión de los espermatozoides a las trompas uterinas (trompas de falopio). (Enfermedades y tratamientos, 2018).

**Puerperio:** Periodo de tiempo que dura la recuperación completa del aparato reproductor después del parto. Que puede durar hasta 5 o 6 semanas.

**Separación madre y bebé tras el alumbramiento:** Momento aquel en el que tras el alumbramiento no se deja realizar a la madre y al bebé piel con piel, necesario para la creación de vínculo entre los dos.

## 5.2 Código Ético de la Asociación Española de Doulas

“Las Doulas de la Asociación Española de Doulas nos comprometemos a cumplir el siguiente Código Ético:

- Dar una información veraz y honesta sobre nuestras competencias como Doulas, nuestra formación y experiencia. Por lo tanto, ninguna Doula asociada se atribuirá competencias profesionales para las que carezca de formación y titulación necesaria. Si una Doula dispone de esa formación y titulación y desea ejercer competencias ajenas a la labor de Doula, ha de indicarlo para definir claramente lo que corresponde a su labor de Doula y lo que no.

- Respetar la labor del personal sanitario no entorpeciendo la misma ni sustituyendo a dicho personal en modo alguno. Por ello, las Doulas de la Asociación Española de Doulas no aceptamos acompañar partos sin asistencia médica por parte de personal acreditado. - Dejar claro y bien definido el servicio que se ofrece por parte de cada Doula asociada, las condiciones y alcance de dicho servicio y las tarifas correspondientes. Cada Doula será responsable de sus servicios y tarifas de modo personal.

- Asumir personalmente la responsabilidad del desarrollo de los servicios acordados. Si por causa de fuerza mayor la Doula asociada no pudiera continuar con el acompañamiento en los términos acordados, se esforzará para colaborar en la búsqueda de alternativas posibles.

- Realizar su labor desde el máximo respeto hacia las personas acompañadas, facilitando el acceso a la información y medios para que tomen sus propias decisiones, no forzando o dirigiendo las mismas en modo alguno y apoyándolas sean cuales fueren estas decisiones. - Cada Doula es única y, desde la base del respeto al código ético de la Asociación, cada una desarrolla y enfoca su labor del modo que crea más adecuado para la persona acompañada, conservando su libertad y facilitando las herramientas adicionales que crea que puedan ser de ayuda en la toma de decisiones libre y consciente.

- Garantizar la confidencialidad y mantener la confianza que la mujer ha depositado en cada una de las Doulas de modo individual. Por ello ningún dato personal, familiar o médico de las mujeres acompañadas podrá ser divulgado en modo alguno por la Doula que la acompaña salvo permiso expreso por parte de la acompañada.

- Mostrarnos siempre respetuosas, tanto con la mujer acompañada, como con su entorno, de la misma manera con nuestras compañeras doulas y el personal sanitario que atiende a la mujer a quien acompañamos.

- Colaborar en el reconocimiento de la figura de las Doulas evitando cualquier actitud que pueda menoscabar la imagen de las Doulas, así como la identificación de la Asociación con cualquier opción religiosa, política o espiritual.

- Mantenerse en constante formación y desarrollo, cuestionando siempre nuestros propios planteamientos, saberes e ideas para continuar aprendiendo y evolucionando.” (Aedasociación Española de Doula, s.f.).

## **6. BIBLIOGRAFÍA**

Aedasociación Española de Doulas: “Formarse para ser doula” artículo web disponible en: <https://www.asociacionespanoladedoulas.com/post/2017-06-15-formarse-para-ser-doula>  
Día de acceso: 10/06/2019

Sin fecha: “Código Ético de la Asociación Española de Doulas” disponible en: [https://docs.wixstatic.com/ugd/93b90b\\_8a905e1d456f41a295dbca5ec69991dc.pdf](https://docs.wixstatic.com/ugd/93b90b_8a905e1d456f41a295dbca5ec69991dc.pdf) Día de acceso: 10/06/2019.

Arguedas Ramírez, G. 2014: “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense” en la revista Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe, vol I, nº 1, pp 145-169.

Bayés, R. 2003: “La sociedad contemporánea ante el dolor y la muerte” en la revista Humanitas, Humanidades médicas, vol I, nº 1: 67-74.

Bellón Sánchez, S. 2015: “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica” en la revista Dilemata, año 7, nº 16, pp 93-111

Bianco, G. 2010: “Parir cantando” artículo web disponible en: <https://www.crianzanatural.com/art/art143.html> Día de acceso: 23/05/2019

Blázquez Rodríguez, M.I. 2005: “Aproximación a la antropología de la reproducción” en AIBR Revista de Antropología Iberoamericana, nº 42. Asociación de Antropólogos Iberoamericanos en Red Madrid. Organismo Internacional.

Blog Secretos de una madre. Sin fecha: “¿Por qué algunas mujeres desean parir en casa? Algunas ventajas del parto en casa” artículo web disponible en: <https://www.elbebe.com/parto/por-que-algunas-mujeres-desean-parir-en-casa> Día de acceso: 23/05/2019.

Cachafeiro, A y Rodrigáñez, C. 1995: *La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente*. Ediciones Crimentales S.L. Madrid.

Cardús i Font, L. 2015: “Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología” en la revista Dilemata, nº 7: 129-145

El parto es nuestro. Sin fecha: “Observatorio de la violencia obstétrica. Presentación” artículo web disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/observatorio-de-la-violencia-obstetrica> Día de acceso: 20/05/2019.

Sin fecha: “Periodo de expulsivo” artículo web disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/4-periodo-de-expulsivo> Día de acceso: 26/05/2019.

Sin fecha: “La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) niega la Violencia Obstétrica. El Parto es Nuestro responde.” artículo web disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2018/10/31/la-sociedad-espanola-de-ginecologia-y-obstetricia-sego-niega-la-violencia-obstetrica-el-parto-es-nuestro-responde> Día de acceso: 25/05/2019.

2013: “Ser doula... ¿Qué es ser doula?” artículo web disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2013/12/16/ser-doula-que-es-una-doula> Día de acceso: 10/06/2019.

Enfermedades y tratamientos. 2018: “PROSTAGLANDINAS: ¿Qué son y cuáles son sus funciones?” artículo web extraído de: <https://tratamientoyenfermedades.com/prostaglandinas-que-son-cual-es-su-funcion/> Día de acceso: 8/06/2019.

Enfermería práctica, cuidando de las personas. (Sin fecha): “Canalización de vía venosa periférica” artículo web visible en: <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/canalizacion-de-via-venosa-periferica> Día de acceso: 26/05/2019.

Esteban, M. L. 1994: “Relaciones entre feminismo y el sistema médico” en la revista Bizkaiko Foru Aldundia-Diputación Foral de Bizkaia, nº 7: 17-40.

2006: “El estudio de la salud y el género. Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista” en la revista Salud colectiva, Vol II, nº 1: pp. 9-20.

F. Belli, L. 2013: “La violencia obstétrica: otra forma de violación de los derechos humanos” en la Revista Redbioética/UNESCO, año 4, 1 (7), pp 25-34.

Fontanillo, A. 2012: “Guía para padres. Parto en casa. Edición revisada” artículo web disponible en: <https://doctorafontanillo.com/guia-padres-parto-en-casa/> Día de acceso: 22/05/2019

García, E. M. 2018: *Violencia obstétrica como violencia de género*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.

Lázare Boix, S. 2016: “Conceptualización del cuerpo, la persona y la maternidad en el parto natura: el caso del centro de salud Marenostrum de Barcelona” en la revista: QUADERNS-E, nº21 (1): 18-32.

Lévi-Strauss, Claude: 1958. *Antropología estructural*. Editorial Eudeba. Buenos Aires.

Luque, A. Sin fecha: “Posturas para dar a luz” artículo web disponible en: <https://www.webconsultas.com/embarazo/el-parto/parto-en-el-agua-ventajas-e-inconvenientes> Día de acceso: 19/05/2019.

Menéndez, E. 1984: *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México.

2005: “Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos” en la Revista de Antropología Social, vol. XIV: 33-69.

1988: “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud”: 451- 464

Miguel, J. Sin fecha: “Estudios científicos que favorecen el parto en el hogar por parteras y en Casas de Maternidad (llamadas también Clínicas de Maternidad) más, análisis sobre el transporte entre otros de Marsden Wagner retirado de la OMS” artículo web disponible en: <http://www.migueljara.com/wp-content/uploads/2012/02/Estudios-cienti%C3%ACficos-que-favorecen-el-parto-en-el-hogar-por-parteras-y-en-Casas-de-Maternidad.pdf> Día de acceso: 24/05/2019.

Montes Muñoz, M<sup>a</sup>.J. 2008: *Cuerpos gestantes y orden social. Discursos y prácticas en el embarazo*. Tarragona.

2007: *Las culturas de nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.

Mujer y madre hoy. 2017: “Parto en el agua. Ventajas y requisitos” artículo web disponible en: <https://mujerymadrehoy.com/ventajas-del-parto-en-el-agua/> Día de acceso: 23/05/2019.

Natalben. Sin fecha: “El control del bienestar fetal” artículo web disponible en: <https://www.natalben.com/pruebas-diagnosticas/control-bienestar-fetal-anteparto> Día de acceso: 26/05/2019.

Nuñez, P. 2014: “Experiencias en torno al dolor en el parto hospitalario: una aproximación antropológica” en la revista *Matronas Profesión* nº 15 (2): 43-49.

Otegui Pascual, R. 2000: “Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento” en Perdiguero, E. y Comelles, J.M. (ed.), *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la medicina*, 227-248. Bellaterra: Barcelona.

Polo a Polo. 2015: *Parir en libertad*. 22’

Requena Aguilar, A. 2018: “Una abogada lleva ante la ONU cuatro quejas por violencia obstétrica en hospitales públicos españoles” artículo web extraído de: [https://www.eldiario.es/sociedad/violencia-obstetrica\\_0\\_844816181.html](https://www.eldiario.es/sociedad/violencia-obstetrica_0_844816181.html) Día de acceso 09/06/2019.

Rocha Pereira, R y Franco, S.C y Baldin, N. 2011: “El dolor y el protagonismo de la mujer en el parto” en la revista *Brasileira de Anestesiologia*, nº 61(3): 204-210.

Rodrigo Peña, C. 2018: *Ecofeminismo y menstruación sostenible*. Universidad Autónoma de Madrid.

Rodrigañez, C. 1995: *El asalto al Hades. La rebelión de Edipo*. 1ª Parte. Imprenta Tamayo: Madrid.

Tornquist, C.S. 2002: “Armadillas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto” en la revista *Estudos feministas*, nº 10 (2): 483-92.

Trigo, M: “Un orgasmo durante el parto? Sí, ocurre y esta es su explicación científica” artículo web disponible en: [https://www.cuerpamente.com/psicologia/sexualidad/un-orgasmo-durante-parto-si-ocurre-esta-es-su-explicacion-cientifica\\_964](https://www.cuerpamente.com/psicologia/sexualidad/un-orgasmo-durante-parto-si-ocurre-esta-es-su-explicacion-cientifica_964) Día de acceso: 23/05/2019.

Ugarte Pérez, J. 2017: “Nacimiento del biopoder” en la revista de Eikasía: 27-47.

Wawachaña, Partos en el techo del mundo. Sin fecha: “¿Qué es el parto intercultural?” artículo web disponible en: <http://www.medicosdelmundo.es/partoseneltechodelmundo/el-proyecto/> Día de acceso: 06/06/2019.