

2018

La experiencia de las mujeres que eligieron el parto planificado en domicilio, en Mar del Plata, los últimos años

Campoamor, Natalia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/165>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA
.....

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.

Carrera: Lic. en Enfermería

Cátedra: Taller de trabajo final

Docente: Lic. Celaya Laura

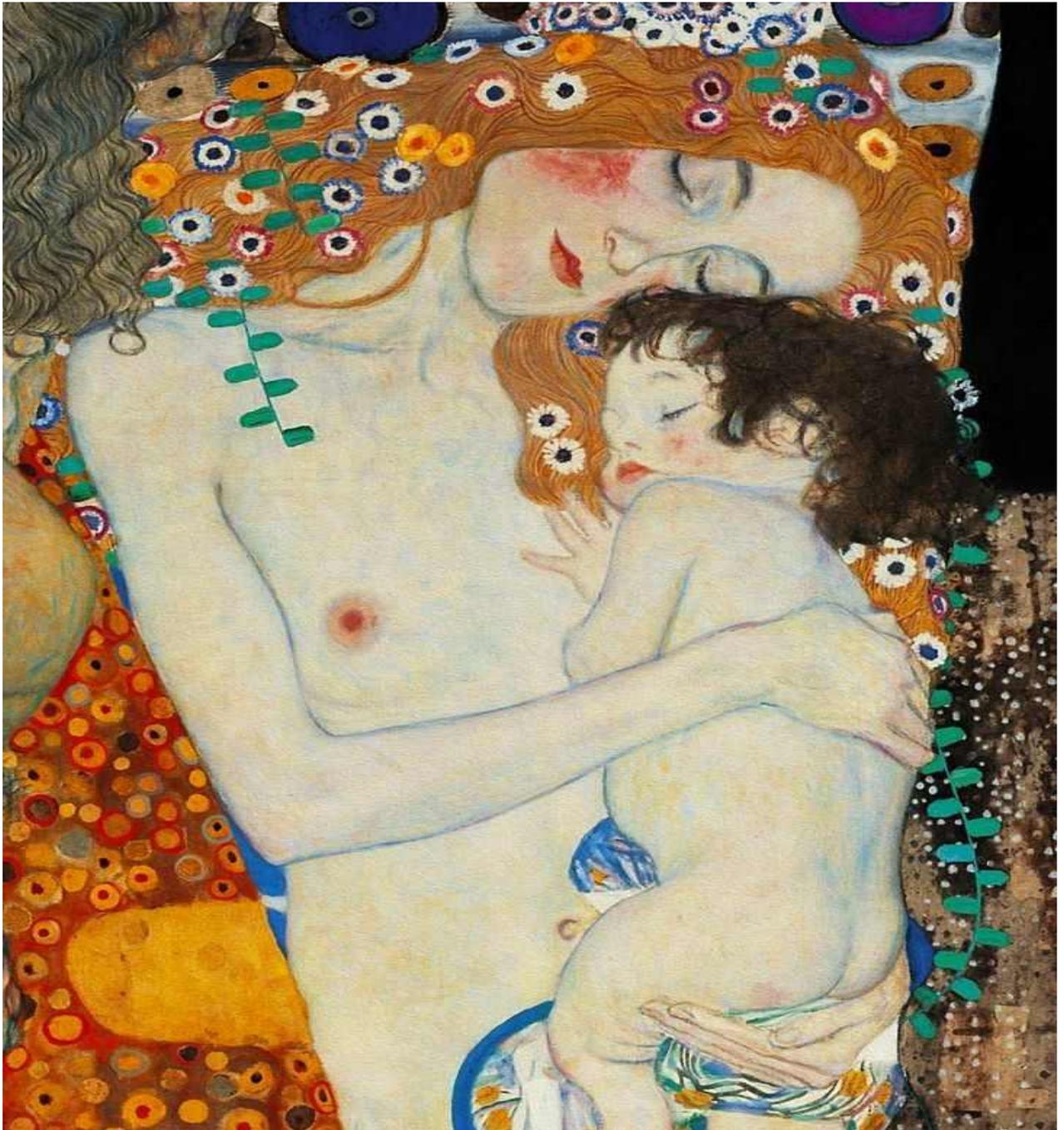
Lic. BargMonica

***“La experiencia de las mujeres que eligieron el parto
planificado en domicilio, en Mar del Plata, los últimos años”***

Estudiante: Enf. Campoamor Natalia

Matricula: 10683/09

Año: 2018



**“Es destino de todos los cuerpos,
hacerse regazo... y no coraza”**

(Casilda Rodríguez Bustos)

AGRADECIMIENTOS

A mi hijo, Nehuén Inti, por el honor y la maravilla de haberlo parido, de ser su mamá. Por ser mi *nehuén (fuerza)* y mi *inti (sol)* todos los días. Por su amor infinito.

A mi mamá Mirta, por haberme parido y acompañar todos los caminos.

A mi papá Daniel, por ser un sostén silencioso y amoroso.

A mis hermanas, Flor y Juli, por ser guardianas de la vida y compañeras fieles.

A mi sobrina, Jose, por ser mi maestra del amor.

A mis abuelas y abuelos, a mis ancestras y ancestros, por los aprendizajes.

A los cerros humahuaqueños, por haber sido el nido para parir en casa y abrir el portal para mi nuevo ser y andar.

A mis amigas y amigos, por sus presencias y refugios.

A mis compañeras y compañeros, por la confianza, el impulso y el apoyo incondicional.

A mis docentes, por creer en mí.

A mis compañeras de partería, Pao, Adri y Eva, por los hermosos encuentros en el mundo parto.

A las mujeres, todas, las que parieron, las que tuvieron cesáreas, las que no son madres, las que abortaron, las que sostienen la olla, las que crían solas, las trabajadoras, las que viajan, las presas, las prostitutas, las travestis, las disidentes, las que ya no están, las que luchan y salen a la calle. A las mujeres en especial que acompañe a parir y que formaron parte de este trabajo. A las mujeres TODAS Y CADA UNA, por nuestra historia de doble opresión. La revolución será feminista y de la clase trabajadora.

GRACIAS

JUSTICIA POR LUCIA PEREZ

Índice general

1. Área problemática
 - 1.1. Tema
 - 1.2. Área temática
 - 1.3. Título
 - 1.4. Pregunta-problema
 - 1.5. Conceptos clave
 - 1.6. Introducción
 - 1.7. Fundamentación
 - 1.8. Objetivos
 - 1.9. Planteamiento metodológico general
2. Revisión de la literatura
 - 2.1. Marco teórico
 - Desde la disciplina enfermera
 - PPD: Parto planificado en domicilio
3. Materiales y métodos
 - 3.1 Tipo y diseño de investigación
 - 3.2 Población y muestra
 - 3.3 Instrumento de recolección de datos
 - 3.4 Procesamiento de datos
4. Resultados y discusión
5. Conclusiones
6. Bibliografía
7. Anexos

CAPITULO I

AREA PROBLEMATICA

Introducción

1.1 TEMA: La experiencias de las mujeres en el parto planificado en domicilio.

1.2 ÁREA TEMÁTICA: Enfermería obstétrica

1.3 TÍTULO: “La experiencia de las mujeres que eligieron el parto planificado en domicilio, en Mar del Plata, los últimos años.”

1.4 PREGUNTA-PROBLEMA.

¿Cuál es la experiencia durante el parto planificado en domicilio, de las mujeres que lo eligieron en Mar del Plata, en los últimos 10 años?

Interrogantes vinculados:

- ¿Cómo es el modelo de atención del PPD, parto planificado en domicilio?
- ¿Qué implicancias tiene enfermería en este modelo de atención?
- ¿Cuáles son los beneficios del PPD para las mujeres y el recién nacido?
- ¿Qué conocimiento e información hay sobre dicho modelo en otros países?

1.5 CONCEPTOS CLAVE:

Obstetricia – Cuidado enfermero – Parto domiciliario – Acompañamiento - Empoderamiento

1.6 INTRODUCCIÓN

En el año 2004, en Argentina, se promulga la Ley Nacional de Parto Respetado n° 25.929, en respuesta a la lucha contra la violencia obstétrica que sufren las mujeres en las instituciones de salud. La misma establece los derechos que tiene toda mujer durante el embarazo, trabajo de parto, parto y post parto, como así también sobre el nacimiento del bebé, basados en el respeto y humanización de la atención.

Desde la búsqueda del cambio de paradigma en la atención obstétrica, con la posterior promulgación de la ley, los equipos de salud se han visto desafiados a descentrarse del poder otorgado en la atención de embarazo, parto y nacimiento, para

darle protagonismo central a la mujer y su familia. Con este cambio, las medidas intervencionistas biologicistas han quedado estrechas, y se han promovido abordajes humanizantes ante el proceso del embarazo y nacimiento. El incremento de la violencia obstétrica, como violencia de género y violencia institucional, ha visibilizado las redes de poder que se entrelazan en el sistema de salud hegemónico en conjunto con el sistema patriarcal capitalista. Los profesionales de la salud, entre ellos la enfermería, son actores de un escenario obstétrico que puede convertir una vivencia central en la vida de la mujer, como lo es parir un/a hijo/a, en una experiencia feliz o traumática. Es por ello, que la responsabilidad de cuestionar y profundizar sobre la praxis profesional, resulta inminente, como así también las medidas y los recursos que se destinan para una calidad de atención como propone el paradigma de parto humanizado.

En la actualidad, cada vez más, las mujeres buscan informarse sobre sus derechos y empoderarse desde el conocimiento para poder elegir, decidir y parir como sienten y necesitan. Escenarios ancestrales como parir en casa, está siendo una elección cada vez más oída. Equipos interdisciplinarios, formados y capacitados, en Argentina y en el mundo, ofrecen su servicio para acompañar a las mujeres en su domicilio con una propuesta de parto respetado, humanizado.

Con este trabajo, quiero indagar cuáles son las experiencias de las mujeres, sujetos de cuidado de los partos planificados en domicilio (PPD), en Mar del Plata en los últimos diez años, explorando aquellas razones que llevan a las mujeres a volver a elegir un escenario histórico para parir, pero en la actualidad con el sostén profesional y basado en la evidencia científica, además de garantizar ser seguro y saludable, lo presenta resaltando las características humanas y de respeto del cuidado.

1.7 Breve fundamentación del tema y del objeto de conocimiento

La enfermería como ciencia tiene como objeto de estudio los cuidados. Para ello, identifica, formula, acciona y evalúa un proceso de cuidado enfermero (PCE), desde el cual toma objetivos y diagnósticos para abordar sobre el sujeto de atención. El paradigma hegemónico de atención en salud, tiene una tendencia a abordar los procesos de salud enfermedad con una mirada patologizante y medicalizadora de dichos sucesos, poniendo en relevancia la praxis profesional a merced de esto, formando y construyendo herramientas de abordaje que se disponga para intervenir ante lo patológico, lo insano. Las políticas en términos de prevención y promoción de

la salud, no logran tener el alcance necesario, quedando así un modelo de atención que homogeniza y pone énfasis en los avales científicos que permitan curar y tratar la enfermedad. De este modo, quedan excluidos los procesos sanos, saludables del ciclo vital de las personas, del sistema de atención de salud. En todas las diferentes áreas de salud, los procesos fisiológicos sanos, cuentan con escueto desarrollo en los modos de acompañar por parte de la praxis profesional, ante lo cual se termina seleccionando alguna variante o aspecto más vulnerable, que termina clasificando patológicamente para intervenir. El área de obstetricia cuenta con indicadores y percentiles que determinan cuando una mujer embarazada es de bajo o alto riesgo, propensa a dificultades en el embarazo y/o parto, y riesgos de vida o complicaciones en la salud de ella o su bebe. Estas prácticas basadas en evidencia científica, han sido de utilidad y gran avance para reducir la mortalidad materna y neonatal. Pero han dejado relegadas a las mujeres de embarazos sanos a clasificaciones e intervenciones patologizantes, haciendo del proceso de embarazo, parto y nacimiento, un estado de enfermedad. “Si los obstetras podemos acompañar a las parejas gestantes y el trabajo de parto como observadores activos pero pasivos, es decir, expectantes, respetando y haciendo respetar su propia fisiología, veremos un proceso que se desarrolla por si mismo.” (Odent, Michael “El granjero y el obstetra” Editorial Creavida, 2006). En este libro citado, Odent, hace un análisis del proceso histórico que sufrió el parto y el nacimiento a lo largo de los últimos siglos, como un proceso natural y fisiológico que era acompañado por mujeres en la intimidad de su hogar, se vuelve hacia el plano médico asistencial, intervencionista, masculinizante y patológico.

En la actualidad, existe un movimiento de mujeres por todo el mundo, que tras el empoderamiento y reivindicación femenina, buscan informarse y llevar a cabo cambios paradigmáticos, en los roles de género y la opresión instalada hacia las mujeres, con el sistema patriarcal y profundizado con el sistema capitalista. Desde estos cuestionamientos y deconstrucciones sociales sobre la mujer, la maternidad tiene un eje central. No solo desde el ejercicio de la misma, si es un deseo natural o impuesto socialmente como también el rol doméstico, si no, la forma en la que las mujeres hoy somos sujetos de atención al momento del parto y nacimientos de nuestras/os hijas/os. El avance de la obstetricia moderna, con el aumento de industrialización, tecnologización e institucionalización, en el embarazo y parto, ha creado modelos de atención consecuentes al paradigma médico hegemónico, donde los porcentajes de nacimientos crecen en cesáreas. Esto también ha sido una construcción del avance sistémico patriarcal-capitalista, que ha vulnerado a la mujer. Y está en cuestión revisar estos modelos de atención.

En el área de obstetricia, la enfermería cuenta, desde lo formativo y luego en la praxis, con un abordaje complejo y amplio, en prenatal y perinatología, siendo de utilidad como medida de prevención y dando espacio a la promoción de aspectos saludables tanto maternos como del recién nacido, tomando un rol activo en la educación de la salud, algunos de ellos, por ejemplo, en los controles prenatales como es la importancia de la lactancia. La instancia en la vida de las mujeres que eligen parir o son llevadas a cesáreas, queda destinada a la atención de la medicina, que según desde que paradigma el profesional de guardia se posicione, es el modo en el que se la acompaña, intervencionista o respetado. Desde los relatos de las mujeres sobre esta instancia de su parto, la enfermería pareciera quedar al servicio de la asistencia médica o del “control” del poder de la situación dentro de los protocolos institucionales.

Existe en Argentina y en el mundo, un movimiento de profesionales, entre ellas enfermería, que entendiendo la demanda de las mujeres por su empoderamiento para parir, han deconstruido el modelo de atención institucional tradicional, y en las bases científicas comprobadas, han vuelto al modelo de atención obstétrica en domicilio, creando casas de partos para esta función o simplemente, atendiendo en el calor de la casa de cada familia gestante. Este modelo de atención llamado “Parto planificado en domicilio (PPD)”, cuenta con un servicio obstétrico que potencia los beneficios de parir en casa y contempla la prevención de complicaciones o posible derivación institucional en caso de ser necesario, como así también la continuidad de cuidados tanto en el pre como post parto, centrada en la mujer y su bebé, y la familia. En este trabajo quiero conocer sobre las experiencias de las mujeres que han sido atendidas con este modelo PPD en Mar del Plata, en los últimos años, considerando que existe una vacancia de conocimiento sobre esto, permitiendo derribar mitos y construir nuevos abordajes de cuidado obstétrico, para que las mujeres reciban cuidados, siendo ellas las protagonistas de la elección de cómo, dónde y con quien parir.

1.8 OBJETIVOS:

-GENERAL:

- Conocer cuál es la experiencia de las mujeres que eligieron el parto planificado en domicilio.

-ESPECÍFICOS:

- Describir cuáles son las experiencias de las mujeres en PPD.

- Analizar el fenómeno del parto planificado en domicilio, desde la percepción de las mujeres que lo han elegido.
- Identificar a partir de las experiencias de las mujeres, las ventajas del modelo de atención de PPD.
- Conocer cuáles son las implicancias del cuidado enfermero en el PPD.

1. 9 PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO GENERAL

El siguiente trabajo será un estudio fenomenológico descriptivo sobre la experiencia de las mujeres en partos planificados en domicilio. Para esto mismo, se utilizará como método de recolección de datos la entrevista, en mujeres que eligieron el parto planificado en domicilio en los últimos años, en Mar del Plata. La muestra se seleccionará con mujeres primíparas y multíparas con partos domiciliarios, institucionales o cesáreas previas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Marco teórico

El cuidado enfermero

“Conozca todas las teorías. Domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana sea apenas otra alma humana” (Carl Jung)

El acto de cuidar coexiste con las personas desde siempre. Cuando se recaba bibliografía sobre la historicidad del “cuidar”, observamos que es una acción que la humanidad ha sostenido para su supervivencia, el cuidarse a uno mismo y cuidar a otras/os, a la tribu, al clan, a la familia, etc. Se asemeja al acto de preservación, donde el “cuidado” aparece ante el peligro o aquello que podría atentar el bienestar, y con él, la continuidad de la vida.

Pero las sociedades han ido cambiando y con ellas, las estructuras y sistemas que las componen. Por lo cual, la organización de las acciones que facilitan y ayudan la preservación humana, la supervivencia, la continuidad, entre ellas el cuidar, fue tomando diferentes agentes y actores sociales responsables de llevar adelante esta actividad.

En la actualidad cuando hablamos de cuidados, de cuidar, en el pensamiento simbólico de la sociedad en general, se asocia a dicho acto, la figura materna, una mujer madre que cuida a sus hijas/os, o una mujer que cuida enfermas/os. La asociación directa del cuidado es con lo femenino y lo vulnerable. “Las practicas de cuidado están y estuvieron en muchas culturas, a lo largo de la historia, a cargo de las mujeres, pero naturalizar el cuidado y asumir que cuidar es la esencia de lo femenino, disociado del rol de sanar, puede perfectamente ser considerado como una operación intencional tendiente a reforzar un mito, cuya eficacia se extiende a la escena domestica o familiar, ya las formas como se modeliza el mercado de trabajo.”¹

Las dinámicas sociales han ido evolucionando y con ellas, las ciencias, gestando así conocimiento en todas las aéreas y complejizando el pensamiento. Con el avance de lo científico y las formaciones académicas, se ha hecho del cuidado un

¹Sachetti, L. Rovere, M. “Surgimiento de la enfermería moderna. Mitos victorianos, tecnologías de poder y estrategias de género” Editorial El ágora, Argentina 2011. Pág. 14

objeto de estudio en la investigación. El cual es desarrollado, tanto desde la teoría como la práctica, por la disciplina enfermera.

El surgimiento de la enfermería moderna se lo considera con Florence Nigthingale, en el siglo XIX, tras su labor en la guerra de Crimea. Pero previo a este hecho, contamos con otros recuentos históricos asociados a los cuidados y al cuidar, más ligados con lo religioso y en asociación con el acto de sanar-curar. Características que no han sido menores y han dejado una impronta fuerte en la profesión. “En definitiva, cuando se expone que la enfermería moderna es una construcción social “victoriana”, se hace referencia a toda esta compleja asociación de conservadurismos innovador en medio del panorama urbano de la revolución industrial, en una etapa expansiva que llevara, luego de Crimea, a una expansión mundial de Inglaterra. Una etapa ambivalente en la que la filantropía saca a la mujer de su casa, pero le impulsa valores domésticos, en donde la burguesía se acerca a los sectores más desposeídos, pero bajo formas que no permiten explicitar las causas de la nueva pobreza urbana. Una etapa propicia para crear un nuevo sujeto social, pero a su vez sujetado por las marcas de una época, que se extenderá al resto del mundo como una nueva profesión separada ahora de sus raíces religiosas.”²

Los procesos de profesionalización en salud, han sido profundos, no solo por la sociología de las profesiones, ni por los condicionantes externos, sino también por la propia conjunción del área de la salud, que como podemos ver en el caso de enfermería, la evolución histórica y sus cambios como actores sociales han ido definiendo. Hoy, la enfermería, es una disciplina científica que presenta objeto de estudio propio, métodos, teorías y conceptos.

La disciplina enfermería tiene su núcleo en la relación particular entre los conceptos “cuidado, persona, salud y entorno”. Cuenta con tres grandes corrientes de pensamiento o paradigmas: de la categorización, de la integración, y de la transformación. Cada uno de los cuales presenta teóricas que desarrollan desde cada perspectiva. Este trabajo será discutido desde el paradigma de la transformación.

A su vez, según sus bases filosóficas y científicas, se pueden agrupar las concepciones en seis escuelas: Escuelas de las necesidades, de la interacción, de los

²Ibíd. Pág. 48

efectos deseados y de la promoción de la salud, todas orientadas a la persona, y las escuelas del ser humano unitario y del *caring*, caracterizadas por una apertura hacia el mundo³.

Tomaremos la definición y el desarrollo del paradigma de la transformación, según Kerouac⁴:

Según el paradigma de la transformación, un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un *pattern* único; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, el mundo que lo rodea.

Dentro de esta óptica, la persona es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser, entero y único, es indisoluble de su universo. La persona está en relación con su entorno o su medio próximo, ya sea exterior o interior a ella. La salud está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno. La salud no es un bien que se posee, un estado estable o la ausencia de la enfermedad. Formando parte de la dinámica de la experiencia humana, la salud “se integra en la vida misma del individuo, de la familia y los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular”. Esta filosofía “suscita en cada persona el desarrollo de su potencial y la utilización de los recursos del medio con el fin de mejorar la calidad de vida para todos”.

El cuidado va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define. La enfermera habiendo acumulado diversos conocimientos, se adelanta a la manera de ver de esta persona. La acompaña en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino. Utiliza, todo su ser, incluida una sensibilidad que comprende elementos más allá de lo visible y palpable. Intervenir significa “estar con” la persona. La enfermera y la persona son compañeros en un cuidado individualizado. En una atmósfera de mutuo respeto, la enfermera crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona; la enfermera también se beneficia de los lazos auténticos que ha tejido con esta persona para el desarrollo de su propio potencial.

³Kerouac, S. y otros. “El pensamiento enfermero” Editorial Masson, SA. España, 1996

⁴Ibíd.

La persona es así un todo indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente de esta. Tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo, maneras de ser que forman un modelo dinámico de relación mutua y simultanea con el entorno. La persona reconoce la influencia del entorno sobre ella. La una y el otro general situaciones en que se encuentran. La persona evoluciona en la búsqueda de una calidad de vida que define según su potencial y sus prioridades.

La salud, por su parte, es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. También hace referencia al bienestar y a la realización del potencial de creación de la persona. La experiencia de la enfermedad forma parte de la experiencia en salud, y la salud va mas allá de la enfermedad siendo un aspecto significativo del proceso de cambio de la persona.

Finalmente, el entorno, está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella. Efectivamente, la persona y el entorno están en constante cambio, mutuo y simultaneo.

En este trabajo, indagaremos sobre las experiencias de las mujeres que eligieron un parto planificado en domicilio. Entendemos que en un sistema de salud que ha patologizado o creado la idea de enfermedad en un proceso natural de la vida, como es el parto y nacimiento, se necesita observar estas experiencias desde una mirada fenomenológica, como la que presenta el paradigma de la transformación. Las investigaciones que se sugieren privilegian el significado, para la persona, de la salud en tanto que experiencia y los diversos factores que están relacionados con ella. Según este paradigma, el ser humano es diferente de la suma de sus partes; es una entidad caracterizada por los *patterns* y los cambios mutuos con el entorno (Parse, 1987; Rogers, 1990). Las investigaciones se realizan en un sistema abierto con las menos presuposiciones posibles, ofreciendo así una perspectiva libre de relaciones de causa y efecto, como comprensión de la realidad.⁵ Para poder profundizar en el conocimiento sobre el fenómeno vivenciado por las mujeres que eligieron el parto planificado en domicilio, hemos elegido algunas teóricas de las escuelas del ser unitario y del caring. Desde ellas, se puede revisar un proceso de atención de

⁵Keoruac, S. y otros. "El pensamiento enfermero" Pág. 115 Editorial Masson, SA. España, 1996

enfermería con cuidados transpersonales, que podemos transpolar a los cuidados humanizados que se demandan en el área de obstetricia.

Según **Martha Rogers**⁶, de la escuela del ser humano unitario, la disciplina enfermera es, a la vez, una ciencia, un arte y una profesión que se aprende. El objetivo perseguido por la enfermera es de promover la salud y el bienestar de toda persona, sea cual sea su contexto. El arte enfermero es la utilización creadora de la ciencia enfermera. Utiliza la modalidad de cuidados no invasivos. Reconoce primeramente a **la persona** como un ser humano unitario, que es más grande que la suma de sus partes y diferente a esta. En este sentido, la persona es un sistema abierto, un campo de energía que no cesa de cambiar, como un campo irreductible de energía que se caracteriza por patrones diferentes de los de otras personas. Define seguidamente, **la salud** como un valor que varía según las personas y las culturas. Este valor que es la salud es, pues, definido por las personas o la sociedad y cambia de una persona a otra, y de una sociedad a otra. Según esta concepción, la salud hace referencia al bienestar, la autorrealización, la actualización y la realización del potencial de las personas por una participación consciente del cambio. La salud trasciende la dimensión corporal y alcanza al ser humano en su totalidad. Describe también **el entorno** como un sistema abierto y un campo de energía en cambio continuo. Utiliza los principios de la hemodinámica para describir la naturaleza y la dirección del cambio de la persona y del entorno. Así, los campos de energía (persona y entorno) están en interacción constante y en cambio simultáneo; es el principio de la integridad. Los campos de energía están continuamente cambiando, de patrones de baja frecuencia a los patrones de frecuencias más elevadas; es el principio de la resonancia. Los campos de energía tienden hacia una diversidad creciente y expresan patrones probabilistas y creativos, es decir, imprevisibles y diversificados con ritmos que no cesan de renovarse: es el principio de helicidad⁷.

La orientación de **Jean Watson**⁸, es existencial, fenomenológica y espiritual; se inspira en la metafísica, las humanidades, el arte y las ciencias. Los trabajos de Carl Rogers influyen en su visión de una relación transpersonal impregnada de coherencia, empatía y de calor humano. Según Watson, los cuidados enfermeros consisten en un proceso intersubjetivo de humano a humano, que requiere un compromiso con el

⁶ *Ibíd.* Pág. 41

⁷ *Ibíd.*

⁸ *Ibíd.*

caring, en cuanto a idea moral, y sólidos conocimientos. El objetivo de los cuidados enfermeros es el de ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma, su cuerpo y su espíritu. El cuidado empieza cuando la enfermera entra en el campo fenoménico de otra persona y percibe y siente lo vivido por la otra persona y responde a ello, de forma que le permita exteriorizar los sentimientos o pensamientos que el otro siempre ha soñado con exteriorizar. Esta experiencia facilita la armonía. La relación transpersonal del cuidado es una relación humana particular en la que las dos personas, en tanto que coparticipantes en un proceso, se respetan y se permiten evolucionar hacia una mejor autocomprensión y una gran armonía. La enfermera promueve en la persona la comprensión de sí mismo y de sus zonas de sufrimiento o de agitación; favorece en la persona la elección, el control y la autodeterminación, y preserva la dignidad humana. La persona es un “ser-en-el-mundo” que percibe, que vive experiencias y que está en continuidad en el tiempo y el espacio. Las tres esferas del ser-en-el-mundo, el alma, el cuerpo y el espíritu, son influenciadas por un cambio en el autoconcepto. La persona se esfuerza continuamente en actualizar y establecer una armonía entre sus tres esferas. La totalidad de las experiencias de una persona constituye un campo fenoménico único de realidad subjetiva. La salud, por su parte, es la percepción, es la armonía del cuerpo, el alma y del espíritu. La salud está asociada al grado de coherencia entre el yo percibido y el yo vivido. La armonía “cuerpo, alma y espíritu” engendra un autorespeto, autoconocimiento, autocuidado y autocuración. El entorno, por otra parte, está constituido por el mundo físico o material, y el mundo espiritual. El entorno representa todas las fuerzas del universo, así como el entorno inmediato de la persona.⁹

Watson propone diez factores de cuidado para poder desarrollar la ciencia enfermera, luego los llamo Proceso caritas de cuidados (PCC), en donde hizo una extensión de los anteriores, ofreciendo un lenguaje más fluido que facilite la comprensión de lo profundo de estas dimensiones. A continuación haremos mención de los mismos, citando un artículo escrito por colegas chilenas¹⁰:

1. *“Formación humanista-altruista en un sistema de valores”*, se convierte luego en la *“práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente”*.

⁹Ibíd.

¹⁰Urra, E. Jana, A. García, M. “Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales” *Ciencia y Enfermería* XVII (3): 11-22, 2011 ISSN 0717-2079

2. *“Incorporación de la fe - esperanza”, se convierte luego en “Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado”.*
3. *“El cultivo de la sensibilidad hacia unomismo y hacia los otros” será redactado más tarde como “El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión”*
4. *“El desarrollo de una relación de ayuda y confianza” El cuidar la relación humana se convierte en “Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza”.*
5. *La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos”. Watson la enuncia más tarde como un “estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”.*
6. *“El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial” se convierte en: “el uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencial”.*
7. *“La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal”. Luego deriva a: “Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro”.*
8. *“La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural” se convierte en: “creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz”.*
9. *“La asistencia con la gratificación de necesidades humanas”. Las que posteriormente llama: “La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger”.*
10. *“El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales”. Este último factor de cuidado es el método para lograr trabajar en la satisfacción de ellas: la fenomenología, concepto que Watson define así: “se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos... La fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión”.*

De esta manera, con esta propuesta de procesos de cuidados, Watson nos permite a través de una metodología fenomenológica transformarnos en un cuidador como instrumento terapéutico. Por lo cual, también tomare esta herramienta metodológica como investigador en este presenta trabajo.

En estos tiempos, es imprescindible, revisar la praxis profesional que nos ofrecen los discursos dominantes del modelo medico hegemónico¹¹ y de la ciencia al servicio exclusivo de la tecnología, la enfermedad y la medicalización, para construir cuidados humanizados, como la perspectiva de estas teóricas.

La atención puesta al servicio de la enfermedad, aborda una sola dimensión del ser humano, dejándolo desintegrado, como cuestiona Chapela, los profesionales de la salud pierden grandes posibilidades de desarrollo. Ella toma la propuesta de Foucault¹² de que el cuerpo es el sitio objetivo del poder, es en el cuerpo y en el entorno material en donde se escribe, se graba, se inscribe la historia de la relación entre el poder de dominación y el ser humano bidimensional. Como afirma Chapela, un cuerpo-territorio, en mayor o menor medida ganado, es territorio en donde el capital, el espacio y la construcción del espacio están, en la medida correspondiente, controlados y puestos a disposición del poder hegemónico. El cuerpo-territorio puede ser conquistado, invadido, enajenado, por acción de la inculcación de conocimiento y valor, seleccionados desde las agencias del poder dominante, siendo una de estas agencias, históricamente poderosa, las profesiones de la salud. Desde las profesiones de la salud, se toca el miedo, el dolor, el sufrimiento, la desesperanza, al par que el cuerpo físico de las personas se abre, se expone como cuerpo-territorio. Y este "tocar", en la mayoría de los casos es un tocar unidireccional en donde la mano, el instrumento, el aparato, la receta, el interrogatorio, el medicamento, el consejo, el carnet, cuando fluyen unidireccionalmente desde el profesional de la salud hacia la persona, son vehículo de significado seleccionados de acuerdo con intereses de poder, por tanto constructores de las disposiciones necesarias para la invasión, toma del territorio y subordinación no solamente a las necesidades de las profesiones de la salud sino a todas las agencias hegemónicas. Sin embargo, los contenidos en estos vínculos objetivo-subjetivos pueden fluir de forma bidireccional, como posibilidad de desarrollo de autonomía, cuando los distintos agentes involucrados en el vínculo,

¹¹Menéndez, E. "El modelo medico y la salud de los trabajadores" SALUD COLECTIVA, La Plata, Argentina 1(1): 9-32, Enero - Abril, 2005

¹²Foucault M. Discipline and punish. The birth of prison. Nueva York: Vintage Books; 1977.

primero, cobran conciencia de que lo que, aludiendo a Bourdieu, está en juego, es capital en sus distintas formas y, segundo, que el objetivo del vínculo sea crítico¹³.

Para realizar este trabajo desde una perspectiva fenomenológica, considero importante conceptualizar más profundamente, la percepción, entendiendo que los datos que obtendremos desde esta metodología de investigación, será desde las percepciones de las mujeres que han experimentado el fenómeno a estudiar. En tal sentido, la percepción es considerada como el proceso cognoscitivo que permite interpretar y comprender el entorno. Es la selección y organización de estímulos del ambiente para proporcionar experiencias significativas a quien los experimenta. La percepción incluye la búsqueda de la obtención y el procesamiento de información¹⁴.

Warren, define a la percepción como: "El arte de darse cuenta de los objetos externos, sus cualidades o relaciones, que sigue directamente a los procesos sensoriales a diferencia de la memoria o de otros procesos centrales".¹⁵

CARACTERÍSTICAS DE LA PERCEPCIÓN:¹⁶

Carácter de integridad: Un estímulo se percibe como un todo, ya que las sensaciones se asocian entre sí.

- Carácter racional: El individuo interpreta un hecho de acuerdo a su conocimiento o experiencias sobre dicho hecho, para poder emitir un juicio.

- Carácter selectivo: Está determinado por causas subjetivas y objetivas, en el primero tenemos cualidades de los mismos estímulos. La causa subjetiva depende del valor que el individuo da a cierto objeto, hecho y esta depende de su experiencia y del estado psíquico general en que se encuentra.

PROCESOS DE LA PERCEPCIÓN:¹⁷

- Proceso sensorial: En este proceso se experimenta sensaciones como: auditivas, visuales, gustativas, olfativas, táctiles. Por medio de los cuales conocemos las características sensibles de los objetos: color, forma, tamaño, ubicación, movimiento, etc.

- Proceso ideático: Este proceso consiste en atribuir un significado o tener noción o idea sobre el objeto percibido.

¹³Chapela, M. "Vínculo intersubjetivo: alternativa de cambio en las profesiones de la salud humana" Rev. Fac. Nac. Salud Pública Vol. 27 N.º 1 enero-abril 2009

¹⁴Diccionario de las ciencias de la educación. 2º Edición. Editorial Santillana. Madrid; 2003.

¹⁵Warren H. Diccionario de psicología. Fondo de cultura Mexicana. México; 1998.

¹⁶Franco R. Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de Enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos en el HNERM. [Tesis de licenciada en Enfermería] UNMSM. Lima; 2013.

¹⁷Ibíd.

Continuando con la esencia fenomenológica sobre el cuidado de Watson, ampliaremos la conceptualización con las nociones que os aporta Regina Waldow, quien propone una filosofía fenomenológica holística del cuidado, reconoce la existencia del ser cuidado y del ser cuidador desde la visión de Heidegger, le atribuye características crítico-reflexivas al proceso con un enfoque ético moral en el desarrollo del ser humano a partir de la consciencia del cuidar¹⁸.

Waldow afirma que el cuidado es una forma de ser, de expresarse, de relacionarse consigo mismo, con otro ser y con el mundo, habla del ser humano como un ser de cuidado, este nace con ese potencial; por lo tanto, todas las personas son capaces de cuidar, como una acción moral, impregnada de valores, y de sentimientos, como cualidad existencial, ya que es parte del ser y le da la condición humana; se produce en relación con otro ser, es ahí donde se revela una coexistencia con otros seres, el cuidado se percibe en un contexto de variaciones, intensidades y diferencias en las formas y expresiones de cuidado conforme al medio en que se produce.

El cuidado en su abordaje más amplio consiste en una forma de ser y estar con otros, posee características existenciales y contextuales (modo de ser) y (estar con), de tal forma que el cuidado se visualiza en dos dimensiones: fenomenológica y holística.¹⁹

El sujeto cuidado, el cuidador y el ser cuidado son considerados en una constante relación consigo mismo, con otros y con el mundo. El cuidado humano envuelve compromiso, protección y responsabilidad, es una forma ética de vivir en la que los seres humanos perciben y reconocen los derechos de los demás, a través del cuidar el ser se humaniza; el cuidar favorece el empoderamiento, el crecimiento y la realización de nuestra humanidad.

Identifica Waldow el momento de cuidar como un movimiento hacia algo o alguien, que es de interés y preocupación; se dirige concreta y específicamente en acciones que impulsan a hacer algo; se trata de una acción moral que tiene como objetivo aliviar, satisfacer, proteger, confortar y apoyar a los otros.

En ese proceso es considerada también la vulnerabilidad del ser humano como condición cuando solicita el cuidado y la respuesta del cuidador a una necesidad expresada e interpretada que hay que cubrir desde la visión integral del otro.

¹⁸Waldow VR. Actualización del cuidado. Aquichán [internet]. 2008;8(1):85-96 [consultado 13 febrero, 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1nINHlp>

¹⁹Waldow VR. El cuidado integral del ser humano. En: Memorias del III Congreso Internacional y V Nacional de Enfermería en Cuidado Humano. Venezuela: Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud; 2013.

El proceso de cuidar implica la transformación de ambos: el ser cuidado y cuidador, de ahí se deriva el crecimiento personal traduciéndolo en satisfacción, sensación del deber cumplido, realización, mejora de la autoestima, mayor confianza, seguridad, placer y bienestar, posibilitando el crecimiento para los actores del cuidado; la relación con el ser cuidado se da a través de la palabra, los gestos y la mirada, estas consideradas como manifestaciones estéticas en el acto de cuidar.

El proceso de cuidar lo define la autora como todas las actividades desarrolladas por el cuidador para y con el ser cuidado como base en el conocimiento, la habilidad, la intuición, el pensamiento crítico, la creatividad, acompañada de comportamientos y actitudes de cuidado para promover, mantener y recuperar la dignidad y totalidad humana. Esta dignidad y totalidad comprende el sentido de integridad y plenitud física, mental, moral, emocional, social y espiritual en las fases de la vida y la muerte, constituyéndose, en última instancia, en un proceso de transformación cuidador y ser cuidado.

Modelo de atención: Parto planificado en domicilio

“Para cambiar el mundo, es preciso cambiar la forma de nacer”

(Michael Odent)

En términos biologicistas, la reproducción de la humanidad, siempre se ha dado gracias a un mismo hecho: la procreación. Por ser seres humanos mamíferos, nuestras gestaciones son intrauterinas, y el modo, natural, de nacer es por parto vaginal de las hembras. Los cuerpos de estas, llevan en su genética, la anatomía y fisiología necesaria para los procesos de gestación, embarazo, parir y nacer, y lactancia, sin alteraciones, o con porcentajes de alteraciones patológicas mínimos, en relación al porcentaje total de embarazos y nacimientos, y a la continuidad de la humanidad.

Pero no somos solo hembras mamíferos. Por lo cual, el embarazo y el proceso de parir y nacer, hechos que suceden en simultáneo a dos personas distintas, tienen

una complejidad emocional, social e histórica, más profunda y compleja, que solamente términos biológicos.

Comenzaremos con una breve introducción de la historia de los partos y nacimientos, occidentales.

Hasta hace aproximadamente 250 años, las prácticas culturales esenciales asociadas con los nacimientos eran relativamente uniformes. Las mujeres de todo el mundo se movían libremente durante el trabajo de parto, cambiaban de posición frecuentemente como un método para manejar el dolor asociado a las contracciones y a la dilatación cervical. Ellas comían y bebían de acuerdo a lo que culturalmente era aceptado como nutritivo y seguro para la madre y el bebé. Eran atendidas por otras mujeres a quienes conocían bien, en un lugar que les era familiar—usualmente en sus casas o en la de algún pariente femenino. Ellas elegían posiciones verticales para el trabajo de parto y para el parto usando su conocimiento instintivo para expandir el tamaño de la pelvis, aprovechar la gravedad y maximizar la eficiencia de los músculos abdominales necesarios para pujar. Los recién nacidos eran mantenidos con sus madres por el calor y por una lactancia exclusiva a largo plazo²⁰.

Hasta aquí, podemos resaltar, que los partos y nacimientos, en las comunidades primitivas eran **en intimidad y libremente, entre mujeres y en espacios de su elección de la comunidad, en general su propia casa.**

Por aquel entonces hizo su aparición la Revolución Industrial, la cual generó migraciones masivas desde zonas rurales hacia las urbes con actividad fabril, portuaria y minera. En los centros urbanos, sólo los sectores más pudientes de la sociedad podían pagar un parto domiciliario asistido por parteras; y las clases obreras, y humildes parían en los hospitales con médicos- estudiantes. Data de aquella época uno de los mayores temores de las mujeres en relación a la mortalidad debida al parto: la fiebre puerperal, característica de los hospitales urbanos. Enormes cambios sociales acontecieron asociados a la industrialización, y con estos el traspaso de los nacimientos del hogar al hospital.²¹

²⁰García, M. *“De partos y parteras. Breve historia...”*. Buenos Aires, 1989

²¹Ibíd.

En el siglo XX, tuvo lugar un desarrollo explosivo de la industrialización del nacimiento. “Un profesor de obstetricia americano, Joseph De Lee, tuvo un rol fundamental en el advenimiento del nacimiento industrializado. [Él] sostenía que “el parto es un proceso patológico”. Recomendaba el uso sistemático del fórceps y la episiotomía para todos los nacimientos. La “paciente” debía recibir medicamentos sedantes y se debía utilizar éter en el momento en que el feto entraba en el canal de partos. Asimismo, debían usarse derivados del trigo para acelerar la salida de la placenta. Los tratados de DeLee tuvieron tal influencia en Estados Unidos que desde los años 30 la práctica de “la obstetricia profiláctica” se convirtió en norma²².

Para esta misma época se dio a conocer el “twilightsleep”, técnica desarrollada en la búsqueda del parto sin dolor. Esta consistía en inyectar morfina al comenzar el trabajo de parto, y luego escopolamina, una droga que produce amnesia temporal. Durante la fase expulsiva se administraba éter o cloroformo. La campaña a favor del “twilightsleep” fue tan exitosa que no solo trajo a las mujeres hacia el hospital, sino que además el nuevo método las volvió pasivas, lo cual favoreció la práctica y el desarrollo de otras técnicas. Con el advenimiento del “twilightsleep”, los nacimientos en medio hospitalarios se volvieron más impersonales²³.

Además muchas mujeres se sentían seducidas por la tendencia a estandarizar los partos rápidos e indoloros. El nacimiento de los bebés se transformó en un trabajo en cadena. En los años 50's, la industrialización del nacimiento entró en una nueva fase. Luego de una serie de avances técnicos y tecnológicos, la cesárea segmentaria reemplazó a la cesárea clásica. A fines de los años 60's los nacimientos se concentraron cada vez más en los hospitales. Parecía evidente que la mejor forma de aprovechar los últimos progresos médicos era dar a luz cerca de una sala de operaciones, es decir, en un hospital con equipamiento quirúrgico²⁴.

Al final del siglo XX, en plena era electrónica, se desarrolló la anestesia peridural. Pero, “La concentración en grandes hospitales no es la única característica de la industrialización del nacimiento. En la era del nacimiento industrializado la madre no hace nada. Es una “paciente”. Gran parte de la población recibió favorablemente la

²²Michel Odent, *“El Granjero y el Obstetra”*, Buenos Aires, Editorial Creávida, 2002. Página 31.

²³Ibíd.

²⁴Ibíd.

transferencia progresiva del lugar de nacimiento: de la casa hacia el hospital. Pues las mujeres buscaron siempre vencer los obstáculos relativos al parto²⁵.

En los últimos 40 años, se han multiplicado las intervenciones tecnológicas que fueron introducidas en el lugar del nacimiento durante la era de la industrialización. Como resultado, mucho del conocimiento de los partos no medicados se ha perdido²⁶.

Según Althabe y Wagner, “Tanto en países ricos como pobres, las tasas de cesárea están aumentando exponencialmente sin un mejoramiento concomitante en los resultados en la salud materna y fetal”. Las tasas de morbilidad iatrogénica están aumentando rápidamente, y en algunos lugares, debido a la excesiva intervención obstétrica las tasas de mortalidad materna y perinatal también están aumentando”- Betran, Liu y Villar coinciden²⁷.

Como hemos visto alrededor de los años 70's, producto de la industrialización y tecnologización del parto/nacimiento, la inmensa mayoría de las mujeres de América del Norte y algunos países de Europa parían narcotizadas, a todas las primerizas se les aplicaban fórceps de rutina sumados a una generosa episiotomía; la restricción del ingreso y acompañamiento de familiares en sala de partos y como parte de lo acostumbrado para la época, se separaba al bebé recién nacido de su madre para depositarlo detrás de un vidrio junto con otros bebés en la nursery donde recibiría su primer alimento- leche vacuna. A las madres se les suprimía la lactancia y eran extremadamente raras las mujeres que a escondidas y desobedeciendo las indicaciones médicas, prolongaban la lactancia materna. Este paradigma cultural que determinaba cómo debía una mujer y su niño por nacer realizar el 'rito de pasaje' del parto/nacimiento, fue replicándose por todo Latinoamérica con el correr del tiempo.²⁸

Marsden Wagner, médico, perinatólogo y epidemiólogo perinatal de California-EEUU, quien fue director de la Unidad de Salud Materno Infantil de la Organización Mundial de la Salud por 15 años; es una de las personas mundialmente

²⁵Ibíd.

²⁶Robbie Davis Floyd & Melissa Cheyney, *“Birth and the Big Bad Wolf: An evolutionary perspective”*. Estados Unidos de América. *In press 2008*

²⁷Ibíd.

²⁸Beatriz Castro, *“Hacia un Parto Mas Natural”* Revista La Nación. Calidad de Vida/ Tendencias. 11 de Abril de 2004. Página 33

más reconocidas en la matemática de cómo mejorar la atención a la maternidad, y del uso apropiado de la tecnología en el parto.

En una de sus conferencias internacionales afirmó que: “La confianza médica en la tecnología y la falta de confianza en la naturaleza ha conducido, sin éxito, a una serie de intentos durante el siglo XX de introducir mejoras en la evolución social y biológica del nacimiento. Los médicos han sustituido a las comadronas en los partos de bajo riesgo sólo para que la ciencia probara que las comadronas resultan más seguras. Los hospitales reemplazaron a los hogares en partos de bajo riesgo sólo para que la ciencia llegara a la conclusión de que el hogar es igual de seguro y para poner en práctica una serie de intervenciones claramente innecesarias. El equipo de los hospitales ocupó el lugar de la familia como apoyo en el parto únicamente para que la ciencia constatará que el parto resulta más seguro si la familia se encuentra presente. La posición de litotomía²⁹ desplazó a las posturas verticales con el único fin de que la ciencia concluyera que las posturas verticales resultan, de lejos, más seguras. El examen del recién nacido en los primeros 20 minutos sustituyó al contacto materno sólo para que la ciencia reconociera la necesidad de crear un vínculo en ese tiempo. La leche artificial reemplazó a la leche materna con el único fin de que la ciencia se diera cuenta de que la lactancia natural es superior. El nido central sustituyó a la madre para que la ciencia encontrara que permanecer con ella es, por supuesto, lo mejor. La incubadora sustituyó al cuerpo de la madre en el cuidado de los niños de bajo peso, para que finalmente la ciencia llegara a la conclusión de que el método canguro resulta mejor en la mayoría de los casos.³⁰

La institucionalización del parto tuvo el lema de disminuir la tasa de mortalidad materna y neonatal. Este objetivo fue logrado. Pero no se tomaron en cuenta otros factores que influyeron de la época, como fueron los factores sociales, como las mejoras en las viviendas, condiciones de higiene y nutrición, la planificación familiar, y por supuesto, el advenimiento de los antibióticos y las transfusiones de sangre. Pero el mito de la seguridad hospitalaria ya estaba instaurado, y el poder médico masculino ya se había apropiado del cuerpo de las mujeres, los niños y de un hecho que sucede en

²⁹Nota de autor: Litotomía es una posición que se adopta en la medicina, sobre todo en la atención gineco-obstétrica, que consiste en la persona acostada en decúbito dorsal, apoyada en cadera y glúteos con piernas abiertas y elevadas

³⁰Marsden Wagner, Conferencia: “*El nacimiento en el Nuevo Milenio*”. España. 2000

términos de salud y naturaleza, a un suceso con mirada patológica, tecnologizado y medicalizado.

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX comienza a institucionalizarse y a medicalizarse el parto con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales. Esto fue considerado un progreso ya que efectivamente dichas muertes disminuyeron, pero, este acontecimiento único paso a tener un trato menos personalizado, y con consecuencias en el vínculo madre-hijo, cambios en la alimentación del recién nacido y el equipo de salud pasó a ser el eje de las decisiones. Existen innumerables evidencias científicas que demuestran que el estrés producido por un entorno desconocido durante el parto, sumado a una atención mecanizada y medicalizada aumentan el dolor, el miedo y la ansiedad de las mujeres produciendo un efecto en cascada que genera mayor cantidad de intervenciones y, consecuentemente, más efectos adversos en la madre y el niño³¹.

Luego de entender el contexto de la institucionalización del parto, hemos investigado sobre la legislación vigente en torno al parto y nacimiento, tanto a nivel internacional como nacional. Se ha recolectado la siguiente información.

En abril de 1985, la oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto.

La conferencia tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, con la asistencia de más de 50 participantes: comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. La cuidadosa revisión de los conocimientos sobre la tecnología para el parto llevó a la adopción unánime de las siguientes recomendaciones³²:

Recomendaciones generales

Los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado.

Los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto.

³¹Contreras, M. y Guaymas, M. "Cuidados de enfermería para un trabajo de parto humanizado" Notas de enfermería, vol. 29. Argentina, 2017

³²OMS Declaración de Fortaleza 1985. Recomendaciones de la OMS para el nacimiento. Tecnología apropiada para el parto *Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM*

Toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera.

Se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el autocuidado en el periodo perinatal, y a

reconocer cuándo necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio.

Los grupos de ayuda mutua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.

El equipo sanitario debe fomentar actitudes coherentes para garantizar la continuidad en el control del parto, y el equipo perinatal debe compartir una filosofía de trabajo común, de modo que los cambios de personal no dificulten la continuidad en la atención. Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo.

La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.

El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia. El trabajo del equipo puede verse afectado por conflictos interdisciplinarios, que deben abordarse sistemáticamente.

La formación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias.

Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión.

La evaluación de la tecnología debe implicar a todos los que usan dicha tecnología, epidemiólogos, sociólogos, autoridades sanitarias y las mujeres en las que se usa la tecnología.

La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales, como la tasa de cesáreas, debe estar al alcance del público.

Debe investigarse a nivel regional, nacional e internacional sobre la estructura y composición del equipo de atención al parto, con el objetivo de lograr el máximo acceso a la atención primaria adecuada y la mayor proporción posible de partos normales, mejorando la salud perinatal, según criterios de costo efectividad y las necesidades y deseos de la comunidad.

Recomendaciones específicas

Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.

Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.

El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre.

Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.

Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10 % de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15 %.

No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.

La ligadura de las trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de esterilización tubárica.

No existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad perinatal, y en los partos inducidos.

Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.

No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del parto.

No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo.

Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.

Debe protegerse el periné siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.

La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10 % de inducciones.

Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación).

No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.

Se requieren más estudios para valorar cuál es el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden al parto o al recién nacido.

En Argentina, tras la lucha de las mujeres contra la violencia obstétrica ejercida en todas las instituciones, tanto del sector público como privado, se logra sancionar en el año 2004, la Ley 25929 que establece los derechos de los padres y de la persona recién nacida. Entre lo que menciona, especifica y resalta el respeto a la madre durante el trabajo de parto y el parto, y al ser recién nacido³³. Como también repite muchas de las recomendaciones, establecidas por la OMS en Fortaleza 1985.

Además, se cuenta con el modelo de atención de “Maternidad segura y centrada en la familia” desarrollado por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramon Sarda, de la ciudad autónoma de Buenos Aires. Tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como la iniciativa HAMN, que promueve fuertemente la lactancia materna³⁴.

Como así también, se cuenta con una guía para la atención del parto normal en las maternidades centradas en la familia. La cual fue realizada con aportes y revisión interdisciplinaria.³⁵

Pareciera que las mujeres tienen sus derechos garantizados. Pero en la realidad de los escenarios diarios, no es esto lo que sucede y son vulneradas. Como dice la Mg. Morrone, Beatriz “Es contradictorio el caso de las mujeres argentinas ya

³³Ley 25929 parto humanizado. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, 2018.

³⁴Larguía y otros. “Maternidad segura y centrada en la familia. Con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo” 2da. Ed. UNICEF, Argentina, 2011.

³⁵Ministerio de salud de la Nación, “Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia” Aprobado por Resolución Ministerial N° 647, del 5 de diciembre de 2003, en el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, implementado por Resolución (MS y AS) N° 149, del 1 de junio de 1993. Primera edición de este documento año 2004

que siendo “poderosas” ante la justicia están carentes de “derechos reales” en los espacios sanitarios.”³⁶

La ley de Protección Integral de las Mujeres, núm. 26.485, sancionada en 2009, dice que: *Violencia obstétrica: es 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 procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929*³⁷.

Según el Observatorio de Violencia Obstétrica³⁸, regional Mar del Plata, en su primer informe final sobre la atención al parto/cesárea en Mar del Plata entre Octubre 2015 y Agosto 2016, tras su profundo trabajo de investigación en 418 nacimientos repostados, tanto del sector público como privado en la ciudad, en su conclusión informan: *A la luz de los datos arrojados en esta encuesta, podemos afirmar que el sistema perinatal hegemónico pone en riesgo físico, emocional y psicológico a las personas gestantes y sus hijas e hijos. Estamos ante un modelo en crisis y absolutamente colapsado que no cuenta con respaldo científico, aunque sí socio-cultural.*

Michelle Sadler³⁹ caracteriza los mecanismos de control social presentes en la atención medicalizada del parto:

Homogenización: son prácticas que despojan a las mujeres de sus identidades particulares, asumiendo que por estar en la misma condición todas necesitan la misma atención, sin considerar diferencias identitarias ni socio-culturales, sin requerir su opinión ni su consentimiento y requiriendo el acatamiento pasivo de las indicaciones del personal de salud.

³⁶Morrone, B. “Dando luz al lado oscuro de las nueve lunas” Ediciones Suarez, Mar del Plata, Argentina, 2008

³⁷Ministerio de justicia y derechos humanos de la Nación. Ley de Protección Integral a las Mujeres núm. 26.485 disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

³⁸ El **Observatorio de Violencia Obstétrica de Argentina (OVO)** es una iniciativa autogestiva e interdisciplinaria impulsada por la agrupación **Las Casildas**. Desde octubre de 2015 y con el fin de generar acciones que visibilicen el panorama real de la atención perinatal en Argentina, el Observatorio de Violencia Obstétrica trabaja en la construcción de propuestas y alternativas que permitan abordar esta problemática. Una de sus primeras herramientas es la **Encuesta de atención al parto/cesárea**: Se trata de un formulario que estuvo disponible desde septiembre de 2015 hasta agosto de 2016 de manera virtual y presencial. Para garantizar resultados heterogéneos y de **representatividad nacional** se estableció una red de referentes en distintos puntos del país cuyo objetivo principal era realizar la encuesta en terreno. El fin último de esta encuesta, además de tener un panorama claro y real de la vulneración de derechos en la escena del parto, es que sirva de base para realizar **recomendaciones y sugerencias a los organismos e instituciones intervinientes**.

³⁹Sadler, Michelle (2003): *Así me nacieron a mi hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario*. Tesis para optar al Título de Antropóloga Social. Universidad De Chile, Facultad De Ciencias Sociales, Departamento De Antropología. Tutora: Sonia Montecino. Disponible en Internet: es.scribd.com

Patologización: se trata a la parturienta como una mujer enferma, poniendo el énfasis en los posibles riesgos y no en su salud. Se emplea con mujeres que cursan un embarazo normal los mismos procedimientos rutinarios que con mujeres que tuvieron alguna complicación durante el embarazo. Además, los agentes de salud se arrogan el saber sobre la salud y los procesos corporales de la embarazada, despojándola de su propio conocimiento de su cuerpo y de sus sensaciones y basándose en las mediciones de aparatos y análisis.

Fragmentación: Al concebir la enfermedad como una alteración del organismo que se traduce en síntomas físicos, se fragmenta a la mujer al contemplar la evolución de sus procesos físicos y fisiológicos aislados de los factores emocionales, ambientales, culturales y sociales.

Naturalización: Se trata a la mujer como más próxima a la naturaleza que a la cultura, concibiéndola como falta de racionalidad. Así, se la infantiliza, se la reta, se les brindan explicaciones muy simples y hasta engañosas, no se les brinda información si no la piden.

Contaminación: es el mecanismo mediante el cual se le recuerda todo el tiempo a la mujer que ella no pertenece al sistema médico y si no sigue las pautas que se le ordenan puede interferir en la eficacia de la actuación de los profesionales. Con este pretexto se le impide tomar contacto visual y táctil sobre partes de su propio cuerpo.

Culpabilización: Los anteriores mecanismos dan lugar a que las mujeres puedan ser responsabilizadas por las dificultades que puedan producirse durante el parto. Como consecuencia, el relato posterior de las mujeres invisibiliza su percepción subjetiva y habla desde la normatividad médica.

Michel Odent, reconocido obstetra francés, promotor del parto humanizado, establece una analogía entre el sueño y el parto y dice que la madre necesita durante el parto, silencio, calor, seguridad y no sentirse observada⁴⁰. Entre otros factores importantes, como el respeto, la confianza, la libertad, estar acompañada y sostenida. Entre las hormonas indispensables para el parto y la lactancia, se encuentra la oxitocina, la cual es liberada en porcentajes altísimos y necesarios para las contracciones uterinas, si se respetan los tiempos naturales fisiológicos. Para que la mujer pueda estimular la liberación de oxitocina e inhibir la de adrenalina, necesita estar en un contexto seguro y tranquilo. La liberación de esta hormona está asociada al amor, a la relajación, a la confianza. La adrenalina se libera en situaciones de tensión y amenaza, si una mujer está siendo violentada o no respetada, o no recibe o

⁴⁰Odent, M. "El bebe es un mamífero" Editorial Ob Stare, España, 2014

recibió la información necesaria, difícilmente pueda conectar con la tranquilidad y relajar, para desencadenar el proceso de parto. Ante la ausencia de estos contextos y en los tiempos institucionales, la inducción al parto con oxitocina sintética vía endovenosa, es una intervención casi rutinaria, que genera agotamiento materno y sufrimiento fetal, dado que el tiempo de las contracciones uterinas no es natural ni el necesario tanto para la mamá como para el bebé, lo que generalmente desencadena una serie de intervenciones que pueden terminar en cesárea.

La intimidad es una necesidad en el parto de los mamíferos tanto para dormir como para el parto se precisa una reducción del neocórtex, lo que facilita el sueño, facilita el parto, es difícil dormirse si nos están haciendo preguntas. Durante el parto la madre se encuentra en "otro mundo". El aspecto más importante de la fisiología del parto en el plano práctico es la reducción de la actividad del neocórtex. Para poder adoptar las posiciones que le resulten más cómodas, para poder ampliar el umbral de dolor, para poder conectarse con su bebé, necesita libertad e intimidad.

La luz suave o la ausencia de luz favorecen el sueño y el parto, los estímulos visuales, estimulan el neocórtex.

La privacidad es una necesidad básica durante el parto. La tendencia a negar esa privacidad es realmente cultural. Los estudios sistemáticos han confirmado que el hecho de sentirse observado es una situación que estimula el neocórtex y se alarga el parto.

El calor, durante el parto favorece el parto, pues con el frío se libera adrenalina que es una hormona antagónica de la oxitocina.

Casilda Rodríguez Bustos, hace mención al útero espástico, recoge algunos elementos desperdigados de la sexología científica del siglo pasado, como Wilhelm Reich, que ahonda en la hipótesis de que el útero es el centro orgánico de estancamiento de la libido femenina; estancamiento que está directamente relacionado con el parto y el nacimiento violentos, así como en el posterior desarrollo de la crianza y socialización en el acorazamiento psicossomático⁴¹.

Como explica Cambroner⁴², con frecuencia el bebé es violentado en su ritmo natural, forzado a adaptarse a condiciones nocivas que le perturban en su camino hacia la salud y alteran su equilibrio emocional, viviendo sensaciones intolerables de soportar, con lo cual tiene que tensarse, contraerse y resignarse, en relación a la madre y el mundo. El maltrato activo o pasivo vivido en nuestra historia se interioriza y se repite en la relación con el otro/a y con uno mismo/a, forzando el propio ritmo,

⁴¹Rodríguez Bustos, C. "Pariremos con placer" Editorial Madre Selva, Argentina, 2009

⁴²Cambroner, J. "Recuperando la capacidad de sentir el amor y el placer. Aportaciones de la teoría reichiana" Información psicológica Dossier II Número 85-86, España, Diciembre 2004

exigiéndose más de lo saludable. Es una cuestión caracterial, es una pauta de funcionamiento aprendida, desde muy pequeños, en la familia, inicialmente. Se aprende a desconectarse de las propias emociones para adaptarse a las presiones y exigencias del Otro, de quien se depende, ya sea la madre, el padre, el grupo, el medio... Al haber sido violentados en nuestro ritmo y evolución sexual natural, en cierta medida estamos desconectados de nuestros procesos vitales profundos, de nuestro Yo "energético- biológico - emocional" y no nos enteramos de lo que nos pasa en el fondo. La destructividad acumulada bloquea y perturba el libre fluir de la energía vital, y se manifiesta en las alteraciones de nuestra salud y en la rigidez de nuestra forma de funcionar. Consideramos el síntoma o problema sexual⁴³ como un disturbio energético, una alteración en el fluir de la energía vital del organismo, que tiene sus raíces en la coraza" (muscular, emocional, mental, conductual, etc.) que el organismo ha ido construyendo, como reacción ante las experiencias de carencia y represión vividas en su desarrollo infantil, adolescente y adulto. Como resultado del acorazamiento, se bloquea y limita la capacidad de sentir y vivir el placer, distorsionando la percepción y condicionando la forma de amar y de vivir la sexualidad. Según el tipo de coraza individual o "estructura de carácter" (sicótica, borderline o neurótica) y sus rasgos predominantes (oral, narcisista, compulsivo, masoquista fálico, histérico...) la forma de vivir la sexualidad y la vida es diferente. Cada cual tiene su forma y sus límites a la hora de dejarse ir, de confiar, de entregarse a la relación, de permitirse, de descontrolar, de abrirse o de cerrarse al otro/a. También la situación actual suele reactivar, traumas, sensaciones y emociones que tienen su origen en el pasado (por ej. parto, destete, separaciones primitivas, maltratos, etc.) y que siguen afectando y condicionando a la persona, inconscientemente, en el ahora. Por todo ello, la lógica de los síntomas y disfunciones, así como el abordaje terapéutico, va a ser diferente en cada caso. Desde el enfoque de W. Reich, favorecemos la toma de "contacto" con el propio cuerpo, con la memoria neuromuscular que contiene las claves de nuestra historia emocional, de los conflictos vividos en nuestra evolución afectiva y sexual, como mamíferos humanos, en los diversos ecosistemas y etapas de maduración, (desde la vida intrauterina, parto, lactancia, relación con la madre, el padre y la familia, escuela, adolescencia, etc.). En el fondo, nuestros procesos de pensamiento, actitudes y comportamientos tienen su raíz en las emociones, en la base "energética- biológica - emocional" de nuestro Yo, que contiene la sabiduría de la naturaleza y los secretos de la salud y enfermedad del organismo. Ayudamos a flexibilizar el carácter, a que la persona pueda ampliar su

⁴³A partir de aquí, el autor Cambroner, hace referencia a la sintomatología psicológica que desde la teoría de W. Reich considera se manifiesta en la corporalidad.

percepción al ir aflojando sus defensas corporales, psíquicas y emocionales, encontrándose con su realidad, con sus límites y potencialidades, con la vida que pulsa en el interior de su ser, recuperando la capacidad de sentir, de placer y de amar, favoreciendo su autorregulación energética y su evolución personal. Todo lo vivo pulsa, tiene un ritmo individual biofísico propio. Podemos sentir el placer cuando nos movemos dentro de nuestro propio ritmo, no cuando estamos permanentemente funcionando a un ritmo que no es el nuestro, ya que entonces nuestros sistemas corporales se sobreesfuerzan y deterioran. La función de la coraza es reducir la percepción de las sensaciones y sentimientos intensos e intolerables, insensibilizándonos hacia lo de dentro y lo de afuera, para adaptarnos y sobrevivir. Es necesario liberarnos del carácter para sentir.⁴⁴

En la actualidad, muchas mujeres conscientes de sus derechos exigen ser respetadas en cuanto a sus decisiones de cómo, dónde y con quien parir. Dentro de esta libertad y las búsquedas que conllevan, un nuevo pero histórico escenario, es elegido: el hogar, la casa. Las familias se interesan por informarse y prepararse para poder recibir a su bebé en la intimidad del seno de su hogar, lejos de lo no deseable y en el calor de la confianza. Ante esta alternativa, profesionales idóneos y comprometidos con el acompañar, ofrecen sus servicios de un parto planificado en domicilio, modelo conocido como PPD.

Por todas las razones anteriormente expuestas en este trabajo, el parto planificado en domicilio responde a un paradigma humanizado y una perspectiva hacia valores de empoderamiento y transformación.

El acompañamiento que se ofrece a las mujeres, consta de un trabajo durante el embarazo, parto, lactancia y puerperio. Donde prima el respeto por lo que la familia desee, la responsabilidad profesional y el acceso a la información clara y total. Se planifica también, junto con la familia, una opción de traslado institucional, ya que, se trabaja sobre la prevención de complicaciones pero en caso de ser necesario o evaluar una presunta situación de necesitar algún tipo de intervención, se aconseja el traslado responsable, aunque los profesionales están capacitados para desenvolverse ante emergencias y cuentan con el equipo necesario. Este último punto de la opción de traslado a la institución, deja en evidencia la necesidad de un trabajo en red con el sistema, fluido y sin asperezas, donde se pueda trabajar en conjunto, entendiendo la necesidad de ofrecer a las mujeres las alternativas para parir como lo necesiten y deseen, en casa o en la institución. Es una falacia, que obstaculiza la atención a las mujeres, la dicotomía de parto institucional vs parto en domicilio.

⁴⁴Cambronero, J. "Recuperando la capacidad de sentir el amor y el placer. Aportaciones de la teoría reichiana" Información psicológica Dossier II Número 85-86, España, Diciembre 2004

Las mujeres que eligen un parto planificado en domicilio deben tener un embarazo considerado de bajo riesgo, con controles prenatales hechos, sin factores de riesgo y con condiciones mínimas de la vivienda (como luz, agua y calefacción).

La Dra. Tew, estadísta británica, estudio los patrones de hospitalización en relación a los cambios en la mortalidad en Europa. Entre 1958 y 1970, la mortalidad perinatal en hospital era 17.2 por 1000 nacimientos y 6.0 por 1000 en partos en casa. Ella encontró que a "Mas hospitalización = mas mortalidad"; y dedujo que los índices podrían haberse mejorado si no se hubiese trasladado el parto al hospital tan universalmente. La Dra. Tew también analizó los partos de alto riesgo. Marjorie Tew concluyó que la intervención obstétrica puede salvar la vida de algunas mujeres y bebés, pero en la mayoría de los casos la intervención obstétrica aumenta el riesgo de manera significativa. "El parto en casa es tan seguro como el parto en hospital para mujeres de bajo riesgo. Es más, en el hospital las mujeres de bajo riesgo tendrán más complicaciones durante y después del parto."⁴⁵

Países como Canadá, Holanda, Inglaterra, entre otros,⁴⁶ cuentan con un sistema de salud que prioriza para las mujeres la opción del parto planificado en domicilio, donde las instituciones quedan a la demanda de los embarazos de alto riesgo.

El parto en casa brinda:

- Un ambiente seguro, familiar y privado para el trabajo de parto y parto
- Atención centrada en las necesidades de la mujer durante el embarazo, trabajo de parto y parto
- Parto orientado a la familia sin extraños presentes
- Oportunidad para un apego y una lactancia inmediata
- Menos perturbación y stress para toda la familia
- La afirmación de que el parto es un evento profundo de la vida normal
- La elección de los asistentes (profesionales) que atenderán el parto-nacimiento
- La posibilidad de hacer actividades placenteras durante el trabajo de parto que lo hacen más tolerable, llevadero y placentero
- Mayor respeto por el ritmo del parto
- Acompañamiento sin intervenciones innecesarias tanto a la madre como al bebé.

⁴⁵Marie Lynne Tyndall, "Mortalidad materna: La Maternidad Segura se encuentra en el Protagonismo de las Mujeres mismas". Disponible en: <http://www.midwiferytoday.com/articles/mortasp.asp>

⁴⁶Janssen, Lee Saxel y otros, "Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician" CMAJ, SEPTEMBER 15, 2009 181(6-7)

El parto en casa reduce:

- El riesgo de infección
- Los riesgos que surgen de intervenciones innecesarias
- Las tasas de morbilidad registradas de las complicaciones e intervenciones
- La interferencia en el apego y en la lactancia debido a las políticas hospitalarias

Michel Odent⁴⁷, asegura que la capacidad de amar la fundamos en el momento del nacimiento, en cómo somos recibidos al llegar al mundo.

Nacemos una sola vez, todo nacimiento es sagrado.

El parto en domicilio en el resto del mundo, en Latinoamérica y en Argentina

Cuando investigamos sobre los partos planificados en domicilio en las bases de datos, encontramos investigaciones asociadas a la elección por factores culturales; otras asociadas a políticas sanitarias que promueven el parto en domicilio; y otras, las investigaciones mayoritarias, asociadas a los índices de mortalidad perinatal. Las autorías son con diversidad de disciplinas, hay perspectivas desde la salud, como también sociales con ciencias como la antropología o filosofía.

Muchas de las investigaciones encontradas en función de la disminución de la mortalidad perinatal, no son con datos de partos planificados en domicilio asistidos por profesionales, si no de partos que ocurren en las casas por factores culturales de costumbres o ancestrales en diversas comunidades, como es el caso de países como México⁴⁸ o Perú⁴⁹, y continentes como África, donde ocurren en casa sin asistencia por la inaccesibilidad a las instituciones de salud. En este último caso, encontramos un artículo que examina la participación de asistentes tradicionales para el parto, como política para disminuir la mortalidad perinatal en dicho continente.⁵⁰

⁴⁷Odent, Michael "El bebe es un mamífero" Editorial Creavida 1990

⁴⁸Sánchez-Pérez HJ, Ochoa-Díaz López H, Navarro i Giné A, Martín-Mateo M. La atención del parto en Chiapas, México: ¿dónde y quién los atiende? Salud Publica Mex 1998;40:494-502.

⁴⁹TARQUI M, Carolina y BARREDA G, Alejandro. Factores Asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [online]. 2005, vol.22, n.2 [citado 2018-11-26], pp.109-116. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342005000200005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.

⁵⁰<http://jsieurope.org/safem/collect/safem/pdf/s3589s/s3589s.pdf>

Entre las investigaciones que desestiman el parto planificado en domicilio encontramos una publicación de la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, “Parto programado en domicilio: mirada desde la SOCHOG”⁵¹ donde expresan lo siguiente: *El que el parto domiciliario se haya reservado solo para “mujeres/embarazos de bajo riesgo”, es una suerte de demostración de que programar el parto en este escenario aumenta el riesgo de tener problemas, y por ello no es admisible para cualquier mujer. Como Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología y su Rama de Medicina Materno Fetal, no recomendamos la programación de partos en el domicilio, sino que en la seguridad de un recinto hospitalario.*

En cuanto, a las publicaciones de los países que aceptan el parto en casa, encontramos los siguientes datos:

Los porcentajes de mujeres que dan a luz en sus domicilios en países donde el parto en casa está más institucionalizado varía, encontrando un 0,1% en Suecia, un 0,3% en Australia, un 1,36% en EEUU, un 2,4% en Reino Unido y un 20% en Países Bajos.⁵²

La seguridad del parto en casa es motivo de controversia entre padres y profesionales de la salud y la información facilitada al respecto varía según la fuente consultada, el profesional que informa y el entorno donde se facilite. Así por ejemplo, en Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda el parto en casa no cuenta con el apoyo de los colegios de obstetras, que si bien reconocen el derecho de las mujeres a elegir el lugar donde desean que nazcan sus hijos, informan de que existe mayor riesgo de mortalidad neonatal en el domicilio que en el hospital o en casas de partos, por lo que el número de partos en casa es muy bajo comparado con Reino Unido y Países Bajos donde existe una declaración de posición favorable hacia el parto en casa elaborada conjuntamente por el colegio oficial de obstetras y matronas.⁵³

Los colegios de matronas a nivel internacional y basándose en la literatura publicada, informan de que el parto en casa puede considerarse una opción tan

⁵¹ Carvajal, J. “Parto programado en domicilio: mirada desde la SOCHOG” REV CHIL OBSTET GINECOL 2017; 82(2)

⁵² Licqurish, S. Evans, A. Risk or Right: A discourse analysis of midwifery and obstetric colleges homebirth position statements. Nursing inquiry 2016;23(1);86- 94. / Zielinski, R. Ackerson, K. Kane Low, L. Planned home birth: benefits, risks and opportunities. Int. Journal Womens Health. Apr (2015); 7;361-377.

⁵³Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/Royal college of Midwives. Joint statement, n°2. April 2007. Disponible en: https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=Royal+College+of+Obstetricians+and+Gynaecologists%2FRoyal+College+of+Midwives+Joint+statement+No.2%2C+April+2007

segura para las mujeres sanas con bajo riesgo de complicaciones como el parto hospitalario o el asistido en unidades de matronas. El parto en casa además mejora la asistencia dado que disminuye el dolor, el uso de analgesia farmacológica, tiene menor riesgo de laceraciones, de hemorragias y de infecciones, conlleva menor número de intervenciones y proporciona mayor autonomía y satisfacción a las mujeres.⁵⁴

En Reino Unido, El National Institute for Health and Care Excellence (NICE) es considerado un referente internacional en la elaboración de guías de práctica clínica basada en la evidencia. En relación a la guía de atención al parto de bajo riesgo publicada en el año 2014 recomienda informar a las mujeres de que el embarazo de bajo riesgo de complicaciones suele cursar con partos seguros tanto para la madre como para el niño y que la mujer puede elegir donde parir: en su domicilio, en unidades de parto atendidas por matronas o unidades hospitalarias, existiendo menos riesgo de intervención en el domicilio y casas de parto aunque el riesgo de resultado adverso para el bebé se incrementa levemente en el domicilio en el caso de las nulíparas. En la actualización posterior (2016) esta recomendación persiste.⁵⁵ También, en dicho país, encontramos una publicación de relevancia asociada a la dicotomía del parto en domicilio y parto hospitalario. Donde sus autores concluyen en lo siguiente: *No hay ninguna evidencia sólida para proponer el nacimiento en el hogar o en el hospital para mujeres embarazadas de bajo riesgo seleccionadas. En los países y las áreas en los que es posible establecer un servicio de nacimiento domiciliario apoyado por un sistema hospitalario moderno, a todas las mujeres embarazadas de bajo riesgo debe ofrecérseles la posibilidad de considerar un nacimiento domiciliario planificado, como también informarles acerca de la calidad de las pruebas disponibles para guiar su elección.*⁵⁶

En Canadá, el Colegio Oficial de Matronas elabora un documento donde se informa a las mujeres de la posibilidad y el derecho de elegir el lugar de nacimiento de sus hijos previa información basada en la evidencia científica disponible. La práctica

⁵⁴Jurisdictional review of midwifery scopes and models. College of midwives of British Columbia. 2015. Disponible en: <http://cmbc.bc.ca/wp-content/uploads/2015/10/Jurisdictional-Review-Midwifery-Scopes-and-Models.pdf>.

⁵⁵Intrapartum care for healthy women and babies. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2014

⁵⁶Olsen O, Jewell MD. El nacimiento en casa frente al nacimiento en el hospital (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

asistencial de atención al parto en casa se basa en las recomendaciones internacionales.⁵⁷

En los Países Bajos donde el porcentaje de partos en casa es más alto, solo el 27% de las matronas trabajaban en el hospital. El parto en casa está financiado y todas las mujeres tienen el derecho de recibir los cuidados de una matrona.⁵⁸

El parto en casa está financiado total o parcialmente en los países nórdicos, esto es, en Dinamarca, Islandia, Suecia.⁵⁹

En Suecia la mujer busca y paga a la matrona, aunque el gobierno fomenta el parto en casa y bonifica a las matronas que asisten partos en casa en unas condiciones determinadas que son: múltipara con parto/s anteriores normales con domicilio a no más de 35 min del hospital, dos matronas deben estar disponibles en todo momento y el pediatra visitará al recién nacido en las primeras 72h. La mujer debe además haber sido valorada por un obstetra e informada de que pueden existir complicaciones que no se puedan resolver en el domicilio. En Dinamarca la mujer puede elegir matrona y lugar de parto, existe un programa de atención al parto en el domicilio y la mujer primípara puede parir en casa. La matrona debe realizar alguna visita domiciliaria durante el embarazo para asegurar que es válido de cara al parto. La matrona permanecerá en el domicilio tras el parto durante 2 ó 3 horas. A las 24h volverá a visitarla para garantizar el bienestar materno-fetal. En Islandia la atención al parto en domicilio es gratuita, así como el seguimiento durante la primera semana posparto. El programa de atención al parto en casa sigue las recomendaciones internacionales.

En el caso de España, encontramos muchas discrepancias entre investigaciones que no aconsejan el parto en casa⁶⁰, muchas tesis de grado de

⁵⁷Choose the birthplace. Guideline for discussing choice of birthplace with clients. Association of Ontario midwives. Disponible en: http://www.aom.on.ca/files/Health_Care_Professionals/Clinical_Practice_Guidelines/Choice_of_birthplace.pdf.

⁵⁸ Manual obstétrico. Informe final del Grupo de Trabajo de Obstetricia del Consejo Nacional de la Salud Pública Holandesa. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/resourceserver/88/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/c98/rclang/es-ES/filename/manul-obstetrico-holandes.pdf>

⁵⁹ Lindgren, H. Kjaergaard, H. Olafsdottir, O.A. Blix, E. Praxis and guidelines for planned homebirths in the Nordic countries - An overview.(2014)5;p3-8

⁶⁰Nuñez García y otros, "MORTALIDAD PERINATAL EN LA UNIÓN EUROPEA ¿INFLUYE SI EL PARTO ES HOSPITALARIO O DOMICILIARIO? REVISIÓN DE LA LITERATURA". Revista Científica de Enfermería n°8, mayo 2014 ISSN: 1989-6409

enfermería, y otras publicaciones de experiencias de parto en casa⁶¹, o la misma guía para parto en casa⁶². Este país cuenta con casas de parto a cargo de matronas y la especialización obstétrica de enfermería que habilita a dichas profesionales a asistir partos en domicilio.

Brasil también cuenta con muchas investigaciones asociadas a los factores culturales de las comunidades y los partos en casa, partería tradicional ancestral. Este país cuenta con la especialización de enfermería obstétrica, quienes están habilitadas en asistir en domicilio. Entre los artículos encontrados de autoría de enfermeros sobre parto en domicilio, uno de ellos reflexiona sobre el papel del enfermero obstetra en el parto en casa planeado, refleja los retos y las tendencias para la promoción y prestación de atención a la parturienta y al recién nacido. Señala el papel del enfermero obstetra en la asistencia planeada y el suministro y promoción de la calidad, eficacia y seguridad a las parturientas y al recién nacido como trípode de la humanización de la asistencia al parto y nacimiento.⁶³

En Argentina contamos con escasas publicaciones sobre el parto planificado en domicilio, una de ellas es de Lembo, Marina "Parto planificado en domicilio en las sociedades modernas occidentales"⁶⁴, dicha publicación fue mencionado anteriormente en el presente trabajo. Existen estudios en proceso del Observatorio de Violencia Obstétrica y de AAPI, Asociación Argentina de parteras independientes, pero aun sin registro de publicación.

En la Argentina, la práctica del parto domiciliario no ha sido recuperada por los sistemas formales de salud (hospitales, obras sociales, empresas de medicina prepaga). Por su parte, tampoco el Estado ha regulado en formas específicas esta práctica, y la misma no es mencionada en la regulación sobre 'parto humanizado' o parto respetado del año 2004 recientemente reglamentada, la cual pone fue

⁶¹RODRIGUEZ FEIJOO, Ana Belén. El "peixet": La experiencia de parir en casa. *Index Enferm* [online]. 2009, vol.18, n.1 [citado 2018-11-26], pp.57-60. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1699-5988.

⁶²Guía de asistencia del parto en casa. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. 2010. Disponible en: <http://104.46.55.83/uploadsBO/Noticia/Documents/GUIA%20PART%20CAST.PDF>

⁶³MARTINS, C.A.; ALMEIDA, N.A.M. y DE MATTOS, D.V.. Parto domiciliario planeado: asistido por enfermero obstetra. *Enferm. glob.* [online]. 2012, vol.11, n.27 [citado 2018-11-26], pp.306-311. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1695-6141. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300016>.

⁶⁴Lembo, Marina (s/f): *Parto planificado en domicilio en las sociedades modernas occidentales*. Disponible en Internet: www.fmv-uba.org.ar

formulada con la denominada 'violencia obstétrica' como principal preocupación. En dicho marco, en el país el parto domiciliario se practica tanto en la modalidad no institucionalizada tradicional (en zonas o espacios sociales donde la salud pública no es accesible, con parteras o sin ellas), así como también por medio de equipos médicos que ofrecen servicios de atención domiciliar de los partos en forma privada, articulados en mayor o menor medida con los sistemas de atención institucional (maternidades, hospitales, clínicas).⁶⁵

Ante la vacancia en nuestro país, o escasas de publicaciones científicas alrededor de la temática del parto planificado en domicilio, se tomaron los aportes de dos artículos de la Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda, de la ciudad de Buenos Aires, uno publicado en el año 2010 y el otro más reciente, en el año 2017, para ser puestos en discusión con los resultados del presente trabajo.

El Primer artículo del 2010, lleva como título "EL PARTO EN CASA CAUSA EL DOBLE DE MUERTES DE BEBÉS QUE EN EL HOSPITAL"⁶⁶ en el cual se expresan índices de estudios realizados en países desarrollados, dice. El segundo artículo del 2017, se titula "Evolución del parto domiciliario en la Ciudad de Buenos Aires (2003-2013)."⁶⁷, donde el autor concluye: *La información analizada permite reconocer dos tendencias diferenciadas en la evolución de partos domiciliarios. El aumento sostenido de esta práctica entre sectores medios profesionales sugiere la existencia de necesidades insatisfechas por los sistemas de salud en la atención de nacimientos en la Ciudad de Buenos Aires.*

Este trabajo está realizado en la ciudad de Mar del Plata, quien hasta la actualidad cuenta con un equipo interdisciplinario reconocido y comprometido con el acompañamiento del parto planificado en domicilio. El mismo consta de una Licenciada en Obstetricia con amplia experiencia, una enfermera perinatal y dos doulas⁶⁸. El abordaje con las familias es en los controles prenatales y preparación para

⁶⁵Lorenzo C. Es un parto: indagaciones en torno a la construcción de un derecho. En: Actas VII Jornadas de Jóvenes Investigadores. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires, 2013.

⁶⁶ Ferrado, Mónica L. EL PARTO EN CASA CAUSA EL DOBLE DE MUERTES DE BEBÉS QUE EN EL HOSPITAL Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda, vol. 29, núm. 3, 2010, pp. 98-99 Hospital Materno Infantil Ramón Sarda Buenos Aires, Argentina Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91214812001>

⁶⁷ De Grande, Pablo (2017). Evolución del parto domiciliario en la Ciudad de Buenos Aires (2003-2013). Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda, 2 93-105. Dirección estable: <https://www.aacademica.org/pablo.de.grande/50>

⁶⁸Nota de autor: Una doula es una mujer con experiencia y conocimiento de la fisiología del embarazo, parto y posparto, acompaña a la madre y su pareja antes, durante y después del nacimiento de su bebé. Puede hacerlo durante el parto en casa, parto hospitalario y cesárea.

el parto, el trabajo de parto y parto, y puerperio. El servicio es contratado por las familias de manera privada, sin ser la opción de parto planificado en domicilio contemplada por el sistema público ni prepagas.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3. MATERIALES Y METODOS

3.1 TIPO Y DISEÑO METODOLOGICO

El presente trabajo de investigación es de diseño cualitativo, enmarcado en la tradición de fenomenología descriptiva.

La fenomenología busca estudiar el fenómeno, la experiencia vivida desde los sujetos a observar, en relación al objeto a estudiar. La fenomenología fue pensada y descrita por Edmund Husserl como una filosofía. Esta palabra está compuesta por dos vocablos griegos: "fenomenon" y "logos". "Fenomenon" deriva de "faineszai" que significa mostrarse, sacar a la luz del día, hacer patente y visible en sí mismo. El significado de "logos" significa discurso, ciencia. Es así como se puede entender la fenomenología como la ciencia de lo no visible o no evidente⁶⁹.

Existen dos escuelas de la Fenomenología⁷⁰: la trascendental o descriptiva y la interpretativa o hermenéutica. La primera, de interés en este trabajo, tuvo como fundador a Edmund Husserl durante la primera década del siglo XX y dentro de sus representantes se citan a Maurice Merleau Ponty, Gabriel Marcel y Jean Paul Sartre⁷¹.

Para Husserl, el fin de la fenomenología es descubrir el significado de la experiencia humana, su eje central es el conocimiento del mundo exterior y considera al cuerpo como un referente necesario para la constitución del conocimiento y el elemento indispensable para vivir experiencias del mundo. El cuerpo es la realidad ante cualquier otra cosa material, lo describe como el órgano sensorial a través del cual se percibe el mundo exterior pero que al mismo tiempo, emerge de él, el mundo de los sentidos. Esta percepción a la que se hace alusión, juega un papel fundamental, ya que los fenómenos observados pueden cambiar dependiendo de cómo se perciban por la corporalidad, sin que signifique que el investigador o sujeto corporal construya el conocimiento a su idealismo sino más bien, les concede un valor y un sentido a las cosas para lograr una correlación con ellas, de tal forma que lo que cambia no es el fenómeno sino la forma en cómo se percibe.⁷²

3.2 POBLACION Y MUESTRA

La población del siguiente trabajo son las mujeres primíparas y multíparas (con partos o cesáreas previas) que han elegido en los últimos años en Mar del Plata el

⁶⁹Solano, M.C. Fenomenología-hermenéutica y enfermería. Cultura de los cuidados. 2006;10(19):5-6.

⁷⁰Palacios L. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. Enferm Intensiva. 2010;21(2):68-73.

⁷¹Ibíd.

⁷²Barreto, V.J. (2012). The Corporal Basis of Subjectivity in Husserl's Phenomenology. Revista da Abordagem Gestáltica, 18(1), 13-19. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/3577/3577-35516003.pdf

parto planificado en domicilio. El tamaño de la muestra se tomara hasta la saturación de la misma.

3.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

El instrumento utilizado fue la entrevista semiestructurada con formulación de preguntas abiertas que permiten a los sujetos de atención, describir y narrar su experiencia vivida del fenómeno a estudiar.

La entrevista fenomenológica es un recurso para buscar, en el discurso de los sujetos, los significados atribuidos por ellos a su experiencia frente al fenómeno a estudiar, en el caso de este trabajo, la percepción del cuidado de las mujeres que eligieron el parto planificado en domicilio. Entendemos, por todo lo expuesto en el marco teórico del presente, que el cuidado comprende el modelo de atención elegido por estas mujeres. Por ello, el objetivo de la misma fue, a través de preguntas abiertas orientadoras, que los sujetos de cuidado pudieran expresar su vivencia sobre el parto planificado en domicilio y la continuidad de cuidados, tanto previa, durante y post parto. Este instrumento fue un facilitador para tener acceso a lo vivido por las mujeres, y consto de un solo encuentro personal con cada mujer entrevistada, donde se dio el espacio y tiempo para el dialogo en intimidad y confianza. El investigador fue un observador que busco el acercamiento a la mujer mediante la plena disposición de escucha, comprensión y aceptación de sus sentires, valores, vivencias y opiniones.

Para cuidar los aspectos relacionados con las percepciones que los sujetos otorgan al fenómeno a estudiar, solicitamos permiso para la grabación de la entrevista y acordamos transcribir con exactitud la entrevista completa brindando resguardo de la identidad de las mujeres y sus familias. Las mismas se presentan como anexos.

Se utilizo el siguiente esquema semiestructurado de preguntas, que permitió ser orientador del dialogo:

- ¿Cómo viviste el tiempo de parto? ¿Te realizaste controles prenatales, recibiste información, acompañamiento?
- ¿Cómo fue la vivencia del trabajo de parto en casa? ¿Qué experiencia me podrías compartir?
- ¿Cómo fue la experiencia del parto en casa? ¿Podrías contarme tu vivencia: sentires, emociones, pensamientos, registros?
- ¿Y cómo fue el recibimiento de tu bebe en casa?
- ¿Cómo percibiste fue el acompañamiento hacia vos y tú bebe?
- ¿Y el postparto y lactancia? ¿Podrías contarme tu vivencia en relación a esos momentos?

- Si tenés parto o cesáreas anteriores, ¿Cómo percibiste la experiencia del parto en casa en relación a las anteriores? ¿Qué diferencias notaste?

3.4 PROCESAMIENTO DE DATOS

El procesamiento de datos consto de las siguientes etapas:

- Transcripción de las entrevistas
- Lectura comprensiva
- Categorizaciones y clasificación de los datos
- Resultados

La entrevista se graba con el consentimiento de las mujeres y se transcribe respetando la exactitud de los testimonios. Junto con las anotaciones pertinentes de comentarios o alusiones de las entrevistadas, fue también importante tomar nota de la comunicación no verbal (gestos, emociones, corporalidad, etc.). En todas se respeto el resguardo de su identidad.

Las transcripciones de cada entrevista, se encuentran como anexos en el presente trabajo.

La lectura comprensiva fue llevada a cabo minuciosamente, con relecturas posteriores. Hubo una primera lectura. De la misma, pretendimos resaltar aquellas unidades de significado relevante para el tema a investigar. Otra relectura posterior, verificando la anterior para poder acceder a la esencia del fenómeno. Y una tercera lectura, con clasificación de datos en función de las categorizaciones.

Las categorizaciones permitieron orientar las preguntas del instrumento y luego, clasificar los datos relevantes, para de esta manera tomar contacto con la vivencia de las entrevistadas en la totalidad del fenómeno.

Se ordeno la categorización en:

- Embarazo y parto
- Trabajo de parto
- Parto
- Recibimiento del bebe
- Acompañamiento
- Post parto y lactancia
- Cesáreas o partos previos (En caso de múltiparas)

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4. RESULTADOS Y DISCUSION

El perfil de la mujer entrevistada cuenta con una edad promedio de 32 a 34 años, con nivel de instrucción universitario, controles prenatales tanto en el sector público como privado, y así también, la opción planificada de traslado en caso de ser necesario. En su mayoría refieren haber realizado actividades durante el embarazo, como yoga o esferodinamia, que nos hacen presumir que en sus preparaciones prenatales han dado importancia a sus aspectos espirituales vinculadas al trabajo corporal, como así también, el resaltar en sus prácticas durante el parto y rituales o costumbres postparto, aspectos referidos a lo energético o creencias ancestrales, como lo es la utilización de música, velas, y tradiciones sobre la placenta (ingerir en licuados inmediato al parto y/o siembra de la misma con algún árbol o planta). Observaciones sobre esto son:

- R.L: “me invitó a conectarme con mi sabiduría interna, con mis ancestras y con la madre tierra, fue crucial en un momento su ayuda para mi, con sus masajes y sus palabras de aliento despertaba mi lado más salvaje. Estuve en mi lugar, en lo conocido y seguro, me sentía confiada y contenida. Pasamos las contracciones al solcito durante el día, en el parque... y luego en cada rincón del hogar... teníamos la pileta de parto, con agua calentita, que muy cuidadosamente mantuvieron para mi donde pasé algunas contracciones... estaba rodeada de imágenes que había elegido especialmente para ese momento y de cartelitos con frases de empoderamiento, aliento y amor de mis hermanas/amigas de la vida... con la música que yo elegí especialmente para ese momento, con luces bajas, velas y aromas suaves...”
- G.M: “También me mencionó los beneficios de consumir la placenta en licuados en el post-parto.”
- L.L: “me acosté en el sillón a contarlas escuchando música que me había pasado mi profe de yoga”

La revista del Hospital Materno Infantil Ramon Sarda, cuenta con una publicación de De Grande Pablo, titulada “Evolucion del parto domiciliario de la ciudad de Buenos Aires (2003-2013)”⁷³, de reciente fecha 2017, donde arriba a conclusiones vinculadas al perfil de las mujeres que han tenido partos domiciliarios, asociadas a los resultados que en el presente trabajo observamos: “en el grupo de madres de mayor nivel

⁷³De Grande, Pablo (2017). Evolución del parto domiciliario en la Ciudad de Buenos Aires (2003-2013). *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 2 93-105.

socioeconómico (vinculadas a los sectores medios profesionales urbanos), el aumento en la práctica del parto domicilio parece dar cuenta de una afinidad entre las razones y motivaciones expuestas por los nuevos defensores de estas prácticas a nivel mundial y un sector relativamente amplio de la Ciudad. El crecimiento señalado es particularmente significativo si se toma en cuenta los obstáculos materiales y simbólicos que esta práctica supone en tales sectores. En particular, su persistencia y crecimiento entre sectores medios profesionales parece sugerir la necesidad de una reflexión sobre la existencia de requerimientos de cuidado y asistencia en el campo obstétrico que recurrentemente no han logrado ser comprendidos por los sistemas de salud en los que regularmente se apoya la atención médica de los mismos.”⁷⁴

En las mujeres entrevistadas observamos una fuerte convicción por la elección del parto planificado en domicilio, por lo que se supone, que han realizado un recorrido previo de información y conocimiento, para afrontar un proceso de modo natural, que no pretende contar con intervenciones invasivas o medicalizadoras, como analgesia peridural, oxitocina sintética, episiotomía, o fórceps. Con lo cual entendemos, y revisando la historia de opresión de los cuerpos de las mujeres y la institucionalización del parto, que no es el perfil de todas las mujeres el de elegir este modo de parir o nacer de sus hijos/hijas.

Cuando entrevistamos a las mujeres, nos encontramos que al referirse al embarazo, controles prenatales y parto, las mismas expresaban haber tenido acercamiento a un obstetra de alguna institución que acompañó durante el prenatal y también el acompañamiento del equipo profesional elegido para el parto, como se puede observar en lo siguiente:

- R.L: “Durante el embarazo nos atendimos con un obstetra súper amoroso y respetuoso que acompañó nuestra decisión, con controles súper relajados y en medio de chistes y risas. Para el parto elegí un equipo de trabajo conformado por partera, enfermera neonatal y doula, con quienes estuve en contacto y estuvieron muy atentas a mi durante todo el embarazo. Realicé un hermoso taller de preparación para el nacimiento con ellas y ahí pude conocerlas en intimidad”
- L.L: “Eeehhh... fue “normal” (se ríe)... hicimos los controles prenatales con un obstetra que sabía de nuestra decisión de tenerla en casa, que respeto eso... Realizamos un taller de preparación para la maternidad con encuentros muy amorosos, donde fuimos conociendo a todo el equipo que nos acompañó en casa...”

⁷⁴Ibíd.

Observamos también, que al expresar sobre el embarazo, hacía relevancia su convicción de intentar un parto planificado en domicilio, asociada la misma a experiencias previas de violencia obstétrica institucional, o en el caso de las primíparas por evitar esa violencia o por la búsqueda de un empoderamiento y autoconocimiento, como se constata en:

- D.L: “Con la intención de recuperar la soberanía sobre el cuerpo, comprendí que el embarazo es un tiempo para recibir “cuidados” (hace seña de comillas con los dedos) pero no así “controles” (vuelve a hacer seña de comillas con los dedos) y que cuando me llegara el momento era yo quien iba a parir y no el obstetra o el equipo de tal o cual institución.”

Al adentrarnos en el dialogo sobre el trabajo de parto, todas se mostraron emocionadas y expresaron necesidades relacionadas con la intimidad, la confianza, estar acompañadas, como se refieren las siguientes:

- G.M: “Si bien en ese momento estaba totalmente en “otro mundo” recuerdo la confianza y poder que me transmitieron con esas simples palabras: me recordaron que mi cuerpo siempre fue perfecto para parir, me transmitieron poder y confianza.”
- L.L: “Nos acompañó un equipo que me hizo sentir muy cómoda y cuidada en todo momento”
- R.L: “me invitó a conectarme con mi sabiduría interna, con mis ancestras y con la madre tierra, fue crucial en un momento su ayuda para mi, con sus masajes y sus palabras de aliento despertaba mi lado más salvaje. Estuve en mi lugar, en lo conocido y seguro, me sentía confiada y contenida.”

También, pudimos observar que asociado al trabajo de parto expresaron vivencias de miedo y procesos internos profundos, transitando dolor. Ninguna recibió analgesia farmacológica, todas fueron acompañadas por otras herramientas alternativas para la tolerancia y umbral del dolor, como masajes, agua, vocalización, esferodinamia. En los siguientes relatos se refieren a esto:

- M.D: “Durante el trabajo de parto, llore mucho, no sabía bien de donde venía tanto llanto, pero al dejarlo salir me limpiaba y desahogaba del gran miedo que en el fondo sentía y que no había trabajado antes de ese momento. Llorar me conectó conmigo misma y me dio paz. Si bien estuve rodeada de amor y contención, sentí mucho miedo, la sensación de que no iba a lograrlo porque no sabía como hacerlo. Sentí mucho dolor y junto con el miedo me sentí un

poco perdida y sola en las horas previas al parto, si bien me contuvieron y acompañaron mucho.”

- D.L: “El trabajo de parto es para mí, un viaje hacia el interior, un momento de autoconocimiento profundo, donde no hay analgesia que pueda acallar nuestro inconsciente, ver nuestros miedos más profundos, el de cada mujer y el del inconsciente colectivo”
- G.M: “Entre pelota, agua, las ohh, mi doula, y el sostén de mi marido pasábamos las contracciones cada vez más fuertes, dolorosas, intensas e incontrolables.”
- R.L: “Pasamos las contracciones al solcito durante el día, en el parque.. y luego en cada rincón del hogar.. teníamos la pileta de parto, con agua calentita, que muy cuidadosamente mantuvieron para mi donde pasé algunas contracciones.. estaba rodeada de imágenes que había elegido especialmente para ese momento y de cartelitos con frases de empoderamiento, aliento y amor de mis hermanas/amigas de la vida.. con la música que yo elegí especialmente para ese momento, con luces bajas, velas y aromas suaves... siempre mimada y atendida.. pudiendo comer y tomar lo que quería.. Con personas que estaban a mi servicio.”

Cuando las mujeres, iban relatando su parto, en su corporalidad y emocionalidad expresaban orgullo de haber parido, y resaltaban la importancia de que haya sido en su casa y sin intervenciones. Notamos que todas referían sensaciones de empoderamiento. Lo podemos observar en los siguientes relatos:

- G.M: “El nacimiento de Celina fue una llamarada de luz para nuestra familia, y un renacer para mí como madre y como mujer. Sin dudas su llegada fue muy diferente al de sus hermanas y no sólo porque la parí, sus dos hermanas nacieron por cesárea, sino porque fue recibida con amor, respeto, rodeada de su familia y en el calor de su nido.”
- L.L: “Tener mi parto en casa hizo que todas las veces que en mi vida me sentí incapaz de lograr algo se esfumaran. Me hizo sentir que si fui capaz de eso soy capaz de mucho más. Fue para mí la mejor forma de comenzar el camino de la maternidad. Sentí que era un gran regalo para mi hija que la recibamos en la calidez de su hogar, con luces de vela, con un equipo amoroso y respetuoso, con mínimas intervenciones. “
- R.L: “El expulsivo fue largo, yo ya estaba muy cansada y había pasado 2 noches sin dormir... pero en ese momento las fuerzas vinieron del más allá...”

y trabajando en conjunto con mi bebé, lo logré... parí... no lo podía creer, sin anestesia, sin episiotomía, sin ningún elemento para ayudar a sacarlo.. lo hicimos solos y respetando nuestro tiempo... fue sublime”

- M.D: “A dos años del parto, lo recuerdo con amor y gratitud. Entre otras cosas, aprendí que hay que enfrentar al miedo antes que el miedo te enfrente. Aprendí que el cuerpo es poderoso y que es más fácil si me entrego a la fuerza de la naturaleza. Aprendí también que el calor de las mujeres que te acompañan hace la diferencia. La experiencia fue bellísima me cambió para siempre.”
- D.L: “Parir es morir en los miedos, es entregarse a la fuerza y el poder de la naturaleza, es soltar el control y al mismo tiempo estar al mando de ese desconocido y maravilloso encuentro con el ser que se formó en tus entrañas. Y aunque sea explicable biológicamente, es inentendible, por eso tiene algo de mágico”

Los relatos sobre los partos fueron descriptivos, en cuanto al recuerdo y registro del espacio, las personas que las acompañaron, sus sentires y necesidades. Todas se brindaron emocionadas y con profundidad al compartir sus experiencias, haciendo referencia a lo especial e importante de ese momento. Ninguna expresó sentimientos de mal trato, violencia o incomodidad en el mismo, por el contrario, en todas se encontró como denominador común la referencia a la confianza y tranquilidad, y cuando relataban sobre el dolor y los miedos, también en todas se observó referencia a la importancia de sentirse acompañadas y sostenidas durante esos momentos.

Cuando preguntábamos sobre el recibimiento de sus hijos/hijas, todas presentaban las lágrimas de emoción y se les cortaba la voz, describiendo el registro corporal de ese momento y la emoción de recibir en sus brazos a su hijo/hija. También, observamos que resaltaron la importancia y tranquilidad para ellas de respetar el contacto con la madre y el inicio precoz de la lactancia, sin ser separado el bebé de su madre, como así también que no reciba intervenciones violentas de rutina. Esto lo constatamos en:

- G.M: “Me sentí bendecida y afortunada por el respeto con el que la profesional trataba a mi hija: como un ser que acababa de llegar al mundo, y entendiendo que lo único que necesitaba mi bebé era estar cerca de su mamá, de su alimento y escuchando mi corazón como lo hacía cuando estaba del otro lado de la piel.”

- R.L: “Al salir fue recibido en intimidad, con manos y voces amorosas.. el dio su primer gritito de: Aquí llegué! y todo fue pura emoción... ya estaba en su casa, en los brazos de su mamá. Fue revisado sutilmente arriba mío, bajo la mirada atenta y amorosísima de la enfermera”
- L.L: “Con mi bebe fueron muy suaves y desde que nació estuvo conmigo.”

Al referirse al acompañamiento hacia ellas y su bebe, en todas se encontró el denominador común de haber percibido sentirse cuidadas:

- M.D: “En cuanto a la atención, me sentí contenida, cuidada y amada”
- D.L: “Yo me sentí así en casa, cuidada y respetada”
- L.L: “Me sentí cuidada y en tribu.”

Sobre la lactancia y el postparto, no refirieron complicaciones. Sus relatos hicieron mención a un postparto inmediato acompañado, lactancia productiva y procesos emocionales asociados a la crianza y maternidad, lo podemos observar en:

- M.D: “Las horas que siguieron al parto fueron las más felices. Me sentí cuidada y contenida. Sentí energía y bienestar físico. Éxtasis. Gratitud. La bebé se enganchó en la teta sin ningún problema. También en cuanto a lactancia estaba desinformada, mi mamá no me dio la teta más que unos meses y no tenía otras referentes. La enfermera me explicó algunas cosas, me dio algunos consejos que me sirvieron mucho y no tuve inconvenientes”
- L.L: “Mi recuperación física fue muy rápida porque no tuve episiotomía ni desgarro ni puntos así que en algunos días ya estaba muy bien. El equipo vino esa tarde, al otro día, el día que me bajó la leche, la doula venía cuando el puerperio se ponía intenso. Nuestra experiencia con la lactancia fue muy exitosa, la beba agarró la teta en seguida y ahora que tiene 5 meses seguimos con lactancia a demanda y exclusiva y ella esta super saludable y feliz y enamorada de sus tetas.”

De las 5 mujeres entrevistadas, 3 eran primíparas y 2 multíparas, con cesáreas y parto previo. Ambas relataron experiencias previas en las que percibieron intervenciones violentas, falta de respeto, y desconfianza, refirieron lo siguiente:

- G.M: “Mi primera hija Indira nació en el año 2009 en la Clínica Colón de la ciudad de Mar del Plata. Fue una cesárea de urgencia en la semana 39+6 por una supuesta colestasis. Durante la cirugía recuerdo al equipo estar escuchando la final de un torneo importante de tenis (hablaban y comentaban entre ellos): la violencia fue sutil y en ese momento la naturalice.” [...] “Cuando

me hacen el segundo y último tacto había dilatado un centímetro, y ahí se vino mi mundo abajo. Prepararon el quirófano y cuando estaba acostada las palabras del médico terminaron de hacerme sentir un fracaso total “menos mal no seguimos esperando, con este cuerpito de nena nunca ibas a parir”[...] “I y Z no tuvieron el nacimiento íntimo, respetuoso y cálido que sí tuvo su hermanita. Sin embargo, ellas aprendieron una lección que no se aprende en los libros de medicina: que las mujeres podemos parir, que no necesitamos ninguna ayudita, ni anestesia, ni cualquier forma de intervención innecesaria, que un parto natural y fisiológico es posible y es seguro: que sólo necesitamos seguridad, confianza, creer en nuestro poder y que el resto simplemente fluye.”

- R.L: “Con la llegada de mi primer hija no pude informarme para elegir un obstetra que me acompañe. Elegí a uno que en el momento me gustó y prometía un parto natural sin dudas. Semana 41.3 sin novedades y metiéndome todos esos miedos que te meten cuando no estás informada (no se puede esperar, corren riesgos de vida vos y tu bebé).. me citó para inducirme y esa inducción no prosperó. El trabajo de parto nunca se desencadenó, no sentí nunca una contracción...” [...] “Yo también lo logré, pude parir a mi hijo, también en la semana 41.4, después de un trabajo de parto muuuy largo pero acompañada con un equipo hermoso, mi compañero, hermana y mamá. Fue una experiencia hermosa. Mi obstetra me acompañó y esperó...yo, una mujer feliz, había parido, me sentía poderosa. Lo recuerdo como uno de los momentos más felices de mi vida. Con el tiempo entendí que el parto fue bastante intervenido, peridural, episiotomía, manos adentro para girarlo y ventosa para ayudar a sacarlo.. uff.”

En los relatos completos de estas dos mujeres, ambas reflexionan sobre la falta de información que habían adquirido previo al nacimiento de sus hijos, en relación al parto, intervenciones y herramientas de registro corporal. También referencian que en las cesáreas y partos institucionales no pudieron tener un contacto piel a piel con su bebe recién nacido.

Como denominador común en las 5 mujeres encontramos en sus percepciones, asociadas al cuidado, palabras como respeto, confianza, intimidad, fuerza, poder, acompañamiento, por lo cual observamos que todas las experiencias relatadas en estas entrevistadas, en relación al parto planificado en domicilio, han sido positivas y de crecimiento para las mujeres y sus familias.

En relación a los traslados o articulación con las instituciones en caso de ser

necesario, en nuestra muestra ninguna de las mujeres tuvo necesidad de acudir por asistencia intrahospitalaria, ni ellas ni sus bebés. Los partos concluyeron con éxito en los domicilios. Por lo tanto, no podemos confirmar o acordar con lo manifiesto en el artículo de Monica Ferrado, de la revista del Hospital Materno Infantil Ramon Sarda “El parto en casa causa el doble de muertes de bebés que en el hospital”, donde manifiesta haciendo referencia a estudios en los Estados Unidos que: “las mujeres que acuden al hospital tras fracasar al intentar parir en casa llegan con una reserva fetal muy apurada. Es decir, con reservas de oxígeno muy bajas para el recién nacido. Una apreciación que el estudio de EE.UU. corrobora, ya que la principal causa de mortalidad entre los recién nacidos son los fallos respiratorios y problemas en la reanimación.”⁷⁵ En el modelo de parto planificado en domicilio, dentro de los requisitos para que una mujer pueda considerar como posible el parir en su casa, además de tener un embarazo de bajo riesgo, estar sana ella y su bebé, debe tener planificado un traslado que articule con alguna institución en caso de ser necesario y poder anticiparse a una complicación. Esto es requisito innegable. Por lo que en esta consideración del artículo mencionado, lo que se genera es una dicotomía entre lo institucionalizado y el modelo de parto en domicilio, que además de subestimar la capacidad y derecho de las mujeres de elegir donde parir, pretende generar una amenaza de riesgo y una falta de responsabilidad en la necesaria articulación del sistema de salud, donde ninguna posibilidad debería quedar desestimada si la mujer lo solicita o desea, ofrecer la información necesaria y las redes sistémicas que sostengan es un deber y derecho del acceso a la salud reproductiva. Además, dicho artículo se también formula lo siguiente: “El nuevo estudio estadounidense sí corrobora que parir en casa tiene beneficios claros para la madre. Las mujeres que deciden dar a luz en casa se recuperan más rápidamente, pasan por menos cesáreas o episiotomías, y viven el parto con mayor satisfacción.”⁷⁶ Con esto disocia la diada madre bebé, dando a entender que en la elección del parto planificado lo que prima es la salud de la madre y no la del bebé. Esto lo podemos contraponer con las experiencias de nuestras entrevistadas, donde refieren importancia por la elección del recibimiento de su bebé:

- G.M: “Sin dudas su llegada fue muy diferente al de sus hermanas y no sólo porque la parí, sus dos hermanas nacieron por cesárea, sino porque fue recibida con amor, respeto, rodeada de su familia y en el calor de su nido.”

⁷⁵Ferrado, Mónica L. EL PARTO EN CASA CAUSA EL DOBLE DE MUERTES DE BEBÉS QUE EN EL HOSPITAL. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 29, núm. 3, 2010, pp. 98-99 Hospital Materno Infantil Ramón Sardá Buenos Aires, Argentina

⁷⁶Ibíd.

Lo que si considero en concordancia con este artículo, es la mención al modelo de guía de atención al parto domiciliario, que refiere de España, donde en el modelo expuesto por el equipo interdisciplinario de Mar del Plata, también se respalda. “En Cataluña, la comisión de comadronas del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (COIB) ha publicado recientemente una guía consensuada de criterios de actuación para que la práctica asistencial del parto domiciliario se realice con el máximo de garantías. El embarazo debe ser de bajo riesgo. El plan de nacimiento debe establecerse antes de la semana 28 de gestación, y el alumbramiento debe tener lugar entre las semanas 37 y la 42. No puede practicarse en embarazos múltiples, ni cuando el bebé viene de nalgas. La mujer debe seguir estrictamente los análisis de control del embarazo, incluidas las ecografías, entre otras cosas. La Organización Mundial de la Salud defiende el derecho de cada mujer a decidir sobre su parto.”⁷⁷

⁷⁷Ibíd.

CAPITULO V
CONCLUSIONES

5. CONCLUSIONES FINALES

Se observa que al realizar una búsqueda de publicaciones e investigaciones científicas sobre el parto planificado en domicilio, en primer lugar en nuestro país hay vacancia o escases de la misma, y lo que se presenta como artículos que hacen mención a este modelo, es expresado desde la dicotomía con el parto hospitalario, generando de esta manera una disociación, perdiéndose de la articulación de ambos modelos de atención, como sus beneficios, prevenciones y abordajes, en los casos de las mujeres embarazadas de bajo riesgo, permitiendo la posibilidad de elección e información, para los sujetos de cuidado. No hay estudios que visibilicen las vivencias de las mujeres, desde lo testimonial, tanto dentro de las instituciones como en domicilio. También se observa ausencia de políticas sanitarias que permitan el acceso del parto planificado en domicilio para todas las mujeres, siendo hoy una elección del sector privado y al alcance de aquellas parejas y/o familias que disponen de los recursos para afrontarlo. Dejando a las mujeres de niveles sociales más vulnerables, a la desidia y el vaciamiento del sistema de salud público, que bien sabemos esta sobrepasado y no puede brindar una atención personalizada que acompañe a cada mujer en su necesidad. Debe ser un objetivo de salud pública que todas las mujeres puedan elegir donde, cómo y con quién parir, con la garantía de la seguridad y el respeto en todos los escenarios. Pero es decisión política, de interés capitalista y patriarcal, que la libertad sobre el cuerpo de las mujeres siga siendo apoderado por el sistema.

Ante la violencia obstétrica visibilizada encontramos reflexiones sobre los procedimientos y protocolos institucionales, como lo es en las declaraciones de la OMS y en la guía de las maternidades centradas en la familia, sin embargo, en los relatos de las mujeres que entrevistamos resaltan y refieren abordajes más integrales y personalizados en la experiencia del parto planificado en domicilio. Como así también, la evidencia científica demuestra que el modelo intervencionista genera mayores complicaciones y aumento del índice de cesárea, aumento el riesgo de la mortalidad perinatal, por lo cual, es falas pensar que el parto planificado en domicilio con asistencia profesional y la posibilidad de traslados oportunos de anticipadas complicaciones, aumenta el índice de mortalidad perinatal. Ante dicho análisis, se deben tener en cuenta muchos factores influyentes a lo largo de los últimos siglos de políticas sanitarias y ambientales. La premisa de que el parto institucional disminuyo la mortalidad perinatal solo ha servido de justificación para desempoderar a las mujeres, desinformarlas y crear una dependencia del sistema de salud y sus

intervenciones medicalizadoras, patologizando a las mujeres con embarazos sanos. El conflicto es paradigmático, del sistema de salud todo, no personal de una disciplina. En este sentido, el cambio de paradigma debería ser orientado hacia la salud y la prevención, no a los riesgos y enfermedad, cómo lo es en la actualidad.

En cuanto al rol de la enfermería en el escenario del parto planificado en domicilio, en Argentina no hay capacitación específica. En nuestro país, solo contamos con especialización de enfermería obstétrica en la provincia de Tucumán, donde los profesionales están habilitados solo en esa jurisdicción, para asistir partos. Por lo que la mayoría de los/las enfermeros/as que trabajan en el área de obstetricia lo hacen dentro de instituciones, alineados a los protocolos de atención de las mismas. En nuestras entrevistas pudimos observar que la presencia de enfermería dentro del equipo interdisciplinar del parto en domicilio, presenta beneficios, y el rol perinatal del mismo, puede aportar a la continuidad de cuidados que sugiere el modelo de parto planificado en domicilio, y en consonancia con la perspectiva de la teoría enfermera de Watson y el paradigma de la transformación. Por lo cual, observo que es un escenario con potencial para ser abrazado por la disciplina. El rol de enfermería en este modelo es de observador activo, no intervencionista. Cuando se utiliza el término “acompañamiento”, se hace referencia a la capacidad de empatía y disposición en el cuidado, para respetar los tiempos fisiológicos y emocionales, con acciones que favorezcan y beneficien el proceso natural, sin intervenciones clínicas invasivas. Teniendo en cuenta un cuidado transpersonal y fenomenológico, con respeto a las practicas y creencias culturales de cada familia, como aportan las teorías de Watson, Rogers y Leininger. Los conocimientos académicos de la enfermería, la formación clínica de la disciplina, permiten en este modelo tener una mirada sobre el sujeto y su familia, que además de brindar cuidados según las necesidades de cada mujer y su bebe, pueda dar desde la prevención un aporte anticipatorio ante posibles riesgos o complicaciones, ya sea en el abordaje prenatal, durante el parto o postparto. La enfermería perinatal entendida en un escenario que potencia el cuidado transpersonal, es una transformación de paradigma.

Como ultimo aporte, quiero resaltar que las leyes que regulan los derechos de los padres y niños por nacer, como las que se expresan a favor de las mujeres, del genero y en contra de las violencias, utilizan los términos de “respeto” y “humanizado”, incluso en las publicaciones científicas se diferencia cuando se habla de partos “respetados” y “humanizados”. Desde mi entender y perspectiva profesional, los cuidados SON humanizados y respetados, si no NO SON cuidados. Por lo cual, si la legislación debe recordarnos con estos términos las implicancias profesionales en

relación a la mujer, a su salud reproductiva, es porque las practicas existentes están siendo otras, visibiliza que la praxis profesional de rutina es violenta, deshumanizada. De esta manera, considero que no podemos menos que llamarnos a la reflexión y al cuestionamiento, como profesionales y como sociedad, de cuáles son los valores que estamos promoviendo en nuestro hacer y en nuestro vínculos. Desnaturalizar la violencia es el primer paso para modificar políticas sanitarias y sociales, que se vienen imponiendo como la verdad, y de este modo, poder pensar y planificar escenarios acordes a las necesidades de las mujeres con posibilidades de acompañamiento y asistencia segura, dentro y fuera de las instituciones.

“Nuestros cuerpos no son territorio de conquista”

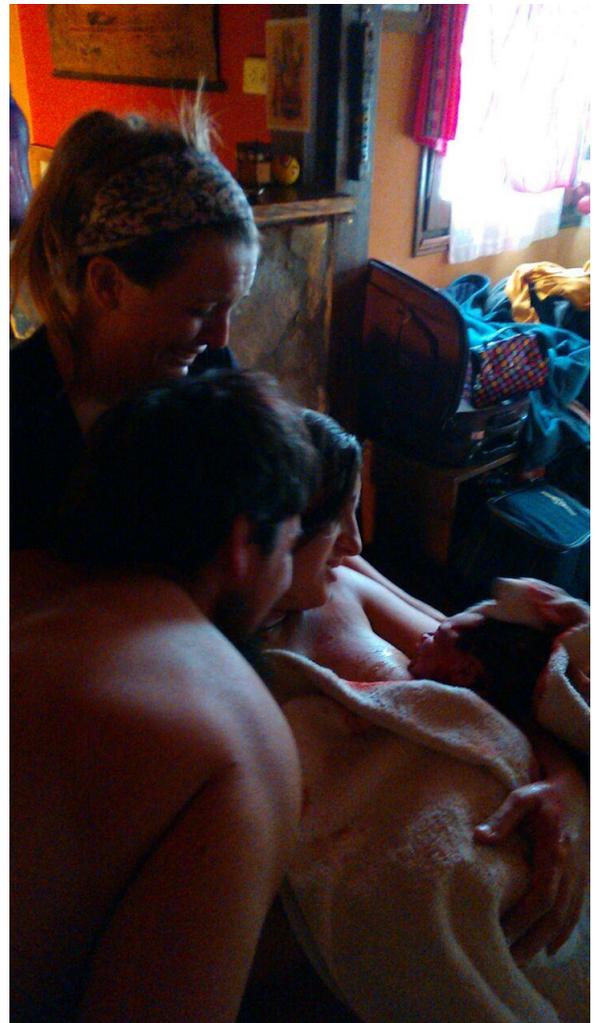


Foto: Gentileza de R.L

CAPITULO VI
BIBLIOGRAFIA

6. **BIBLIOGRAFIA:**

- Bachofen, J.J “Mitología arcaica y derecho materno” Editorial Anthropos, 1988
- Carolina del Olmo “¿Dónde esta mi tribu? Maternidad y crianza en una sociedad individualista” Editorial Capital Intelectual 2013
- Casilda Rodríguez Bustos “El asalto al Hades. La rebelión de Edipo” Editorial El Toro 2017
- Casilda Rodríguez Bustos “La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente” Editorial Criminales 2007
- Casilda Rodríguez Bustos “Pariremos con Placer” Editorial EL Toro 2014
- Deleuze y Guattari “ Mil mesetas” Editorial Pretexto 2006
- Foucault, Michael “Vigilar y castigar” Editorial Siglo XXI 2012
- Freire, Paulo. “Pedagogía del oprimido” Editorial Siglo XXI. Madrid, 1970
- Kerouac, Pepin y otros “El pensamiento enfermero”. Editorial Masson, 1996
- Kropotkin, P. “Anarquismo: su filosofía, su ideal”. Editorial Tusquets 1977
- Leboyer F. “El parto: crónica de un viaje” Editorial Alta Fulla 1998
- Leon Rozitchner “Materialismo ensoñado” Editorial Tinta Limon 2011
- Ley Nacional Parto Respetado num 25929 Argentina 2005
- Margulis, L. y Sagan. D. “¿Qué es la vida?” Editorial Tusquets 1996
- Marie, Colliere “Promover la vida” Editorial Interamericana 1993
- Maturana Humberto “ EL árbol del conocimiento” Editorial Universitaria 1986
- Ministerio de Salud de la Nación “Maternidad segura centrada en la familia. Con enfoque intercultural” Argentina 2012
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación “ Propuesta Normativa Perinatal” Argentina 1995
- Ministerio de Salud de la Nación “Propuesta Normativa Perinatal” Argentina 2004

- Morrone Beatriz y otros “Al servicio de las ideas, la enfermería en los procesos populares de liberación en Iberoamerica” Ediciones Suarez 2014
- Morrone, Beatriz “Dando luz al lado oscuro de las nueve lunas. El contradictorio caso de las mujeres argentinas poderosas para la ley sin derechos en los escenarios sanitarios” Ediciones Suarez 2008
 - O.M.S “Conferencia APS”. Alma Ata 1978
 - Odent, Michael “El agua, la vida y la sexualidad” Editorial Urano 1991
 - Odent, Michael “El bebe es un mamífero” Editorial Creavida 1990
 - Odent, Michael “El granjero y el obstetra” Editorial Creavida 2006
 - OMS “Manual de atención de parto Normal” 1996
 - Reich, W. “La función del orgasmo” Editorial Roca 1953
 - Sacchetti Laura y Rovere Mario “Surgimiento de la enfermería moderna. Mitos victorianos, tecnologías de poder y estrategias de género” Editorial El Agora 2011
 - Silvia Federici “El caliban y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria” Editoria Fuente 2017
 - Testa, Mario “Pensar en salud” Editorial Lugar 2009
 - Videla, Mirta “Maternidad, mito y realidad” Editorial Nueva Vision. Bs. As. Argentina 1990

CAPITULO VII

ANEXOS

7. ANEXOS

Entrevista R.L:

Edad al momento del parto: 33

Nivel de instrucción: Secundario completo

Controles prenatales: Clínica Pueyrredon

Plan en caso de necesidad de traslado: Hospital Materno Infantil

¿Cómo viviste el tiempo de parto? ¿Te realizaste controles prenatales, recibiste información, acompañamiento?

“Durante el embarazo nos atendimos con un obstetra súper amoroso y respetuoso que acompañó nuestra decisión, con controles súper relajados y en medio de chistes y risas. Para el parto elegí un equipo de trabajo conformado por partera, enfermera neonatal y doula, con quienes estuve en contacto y estuvieron muy atentas a mí durante todo el embarazo. Realicé un hermoso taller de preparación para el nacimiento con ellas y ahí pude conocerlas en intimidad. Finalmente, un viernes por la tarde, luego de 41 semanas, de un embarazo saludable... el trabajo de parto dio sus primeras señales.”

¿Cómo fue la vivencia del trabajo de parto en casa? ¿Qué experiencia me podrías compartir?

“Venía perdiendo el tapón hacía dos o tres días atrás. Pero es viernes comenzaron esas contracciones que se hacen sentir y que vienen para quedarse. Pude estar y transitarlo tranquila, en casa, rodeada de familia y amor.. fue avanzando y poniéndose cada vez más intenso, pero si de algo estaba yo segura era de mi decisión, iba a ser en casa, y en ningún momento dudé de eso. También elegí para que estuviera a mi lado mi hermana, fiel y amorosa como siempre, que junto a mi compañero fueron parte esencial de todo el proceso. Todos hicimos un gran equipo. Incluso sentí una conexión muy fuerte con la enfermera, a quien había visto solo dos veces antes de parir, pero pude conectarme con ella desde otro lugar, de mujer a mujer, me invitó a conectarme con mi sabiduría interna, con mis ancestas y con la madre tierra, fue crucial en un momento su ayuda para mí, con sus masajes y sus palabras de aliento despertaba mi lado más salvaje. Estuve en mi lugar, en lo conocido y seguro, me sentía confiada y contenida. Pasamos las contracciones al solcito durante el día, en el parque.. y luego en cada rincón del hogar.. teníamos la pileta de parto, con agua calentita, que muy cuidadosamente mantuvieron para mí donde pasé algunas contracciones.. estaba

rodeada de imágenes que había elegido especialmente para ese momento y de cartelitos con frases de empoderamiento, aliento y amor de mis hermanas/amigas de la vida.. con la música que yo elegí especialmente para ese momento, con luces bajas, velas y aromas suaves... siempre mimada y atendida.. pudiendo comer y tomar lo que quería.. Con personas que estaban a mi servicio. Estaba siendo yo, sacando la mamífera que habita en mi y dejándome llevar... hablando, dando órdenes, atenta a todo y a todos, riendo, llorando, gimiendo, gritando.. hasta que llegó el momento de meterse hacia adentro y ahí todo se vuelve más confuso en mi mente.. en un momento creí que no iba a poder, siempre pasa eso.. una llega a ese punto donde se cree que no se puede, eso nos hicieron creer, pero justo en ese momento donde se toca fondo, donde la transformación se hace carne y se entiende el milagro de la vida, ahí es cuando la vida asoma..”

¿Cómo fue la experiencia del parto en casa? ¿Podrías contarme tu vivencia: sentires, emociones, pensamientos, registros?

“Y. Llegó después de muchas horas de trabajo de parto.. el domingo 6 de Mayo a las 11:30 de la mañana, en el living de casa, bajo el calor abrazador del hogar y de la rocket a pleno, sentada en el banquito de parto y con todo el equipo a mi lado.. todos ayudando a entonar la oooo, susurrando palabras de aliento, masajeadome, acariciándome, saciando mi sed. La partera silenciosa y atenta, esperando el momento, sentada en el piso, adaptándose a mis movimientos. El expulsivo fue largo, yo ya estaba muy cansada y había pasado 2 noches sin dormir.. pero en ese momento las fuerzas vinieron del más allá.. y trabajando en conjunto con mi bebé, lo logré.. parí.. no lo podía creer, sin anestesia, sin episiotomía, sin ningún elemento para ayudar a sacarlo.. lo hicimos solos y respetando nuestro tiempo... fue sublime. Al salir fue recibido en intimidad, con manos y voces amorosas.. el dio su primer gritito de: Aquí llegué! y todo fue pura emoción.. ya estaba en su casa, en los brazos de su mamá. Fue revisado sutilmente arriba mio, bajo la mirada atenta y amorosísima de la enfermera. Cuando ya estábamos acomodados en la habitación lo pesamos. 4.250! ese enorme cachorro había salido de mi? wow.. no lo podía creer! enseguida teta y a descansar, por fin! Comí algo rico y calentito, tome un licuado con jugo de fruta exprimido y un pedacito de placenta que la enfermera hizo con mucho amor para mi, para recuperar mis fuerzas.. y esperamos a que los hermanos vengan a conocerlo.. sin horarios de visita.. en casa, otro momento hermoso. Cuando bajó la adrenalina de todo lo vivido nos fundimos en un abrazo y nos dormimos.. Y así seguimos, abrazados hasta el día de hoy.. a pura teta y amor.”

¿Y cómo fue el recibimiento de tu bebe en casa? (fue respondido en la pregunta anterior)

¿Cómo percibiste fue el acompañamiento hacia vos y tú bebe? (fue respondido en la pregunta anterior)

¿Y el postparto y lactancia? ¿Podrías contarme tu vivencia en relación a esos momentos?

“Mi primer semana de postparto la recuerdo con muchos sentimientos encontrados.. mucha felicidad por un lado y con lágrimas de tristeza brotando de mi cuerpo por el otro. Acomodándonos a ser 5 en casa, la rutina, las tareas del hogar y mi cuerpo cansado, extremadamente cansado y agotado después del parto. Estuve en cama la primer semana, me levantaba y me agotaba enseguida, chorreaba por arriba y por abajo, me dolían hasta los huesos.”

Si tenés parto o cesáreas anteriores, ¿Cómo percibiste la experiencia del parto en casa en relación a las anteriores? ¿Qué diferencias notaste?

“Tengo 3 hijos. Cada maternidad ha traído grandes desafíos y aprendizajes a mi vida en cuanto al parto/nacimiento de mis hijos y ni hablar de la crianza (pero ese es otro capitulo aparte). Con la llegada de mi primer hija no pude informarme para elegir un obstetra que me acompañe. Elegí a uno que en el momento me gustó y prometía un parto natural sin dudas. Semana 41.3 sin novedades y metiéndome todos esos miedos que te meten cuando no estás informada (no se puede esperar, corren riesgos de vida vos y tu bebé).. me citó para inducirme y esa inducción no prosperó. El trabajo de parto nunca se desencadenó, no sentí nunca una contracción.. y terminé en una inne-cesarea Una inne-cesarea que más que herida física, me dejó una emocional muy grande. Acepto y agradezco lo vivido, porque gracias a eso y la llegada de mi primer hija, mi gran maestra, no sería la mujer que soy hoy. Cuando soñamos con empezar a buscar a nuestro segundo hijo, no había dudas en mi, sería por parto vaginal. Para eso me informe y me prepare, busque una institución y un obstetra que me acompañe en esa decisión. Esta vez, yo no me amoldaría al sistema, ellos lo harían a mi. En esos

momentos era la “loca” que quería intentar un parto vaginal después de cesárea. Hoy por suerte hay muchas mujeres que se informan, derriban mitos, se animan a hacerlo y lo logran! Yo también lo logré, pude parir a mi hijo, también en la semana 41.4, después de un trabajo de parto muuuy largo pero acompañada con un equipo hermoso, mi compañero, hermana y mamá. Fue una experiencia hermosa. Mi obstetra me acompañó y esperó.. yo, una mujer feliz, había parido, me sentía poderosa. Lo recuerdo como uno de los momentos más felices de mi vida. Con el tiempo entendí que el parto fue bastante intervenido, peridural, episiotomía, manos adentro para girarlo y ventosa para ayudar a sacarlo.. uff... Entonces, y gracias a esa otra gran experiencia, que también acepto y agradezco, es que decidí sin dudar, que mi tercer hijo iba a nacer en casa. No teníamos el dinero para costearlo pero hicimos una gran campaña, entre amigas que nos donaron sus dones y productos, organizamos una rifa que nos ayudó a juntar lo que necesitábamos y ahí empezó nuestro hermoso y gran camino de empoderamiento. De querer ocultarlo en un primer momento a gritarlo a los cuatro vientos, comunicándolo con decisión y amor para recibir lo mismo del otro lado.. y así.. familia, amigos, conocidos y hasta desconocidos colaboraron con este sueño..”

Entrevista G.M:

Edad al momento del parto: 34

Nivel de instrucción: Terciario completo (Periodismo)

Controles prenatales: Hospital Privado de Comunidad

Plan en caso de necesidad de traslado: Hospital Privado de Comunidad

¿Cómo viviste el tiempo de preparto? ¿Te realizaste controles prenatales, recibiste información, acompañamiento?

“Fue un embarazo muy intenso a nivel físico y emocional. Los últimos 3 meses estuve sola con mis dos hijas (mi marido desplegado en el Desierto de Sahara con la ONU y sin familia acá). Las últimas dos semanas sólo le pedía a mi bebé que esperara a su papá, que no estaba lista para recibirla. Mi compañero llegó en la semana 39+2.

En la 37 algo inesperado sucedió: el nuevo jefe de obstetricia me mandó llamar y me dijo que nadie me iba a acompañar en mis deseos de intentar un parto con dos cesáreas, intentó meterme miedos hablando de muerte y riesgos, tratando de convencerme hacia una “cesárea con música bonita“. El universo me estaba poniendo

a prueba. Esa situación en la recta final, lejos de mi marido y vulnerable me obligó a mirar adentro mío y descubrir qué tan preparada y empoderada estaba para lograr mi parto. Así, fue como pegué un volantazo y comencé (con el apoyo incondicional de mi marido que también se empoderó y confió siempre en mi poder) a planificar un parto en mi casa con un equipo hermoso profesional y respetuoso.

Cada día que pasaba más feliz, tranquila y segura estaba de que ése era el parto que soñaba: junto a mis hijas, mi marido y en mi nido. El universo se alineaba no sólo para lograr parir, sino para darle a mi hija un nacimiento lleno de paz, de amor, respeto y junto a mis hijas.”

¿Cómo fue la vivencia del trabajo de parto en casa? ¿Qué experiencia me podrías compartir?

“Cuando cumplí las 40 semanas de gestación amanecí lista para despedirme de esta mujer, sabía que esa noche empezaba el viaje. Me despedí de la panza, de mi tribu, de mis compañeras de yoga (con un ritual bello que lloramos todas), le agradecí a mi bebé estrella (sentía que aún habitaba su alma en mi útero) por cuidar a su hermanita estos nueve meses y le pedí que nos abandone ahora y que nos cuide hasta el final (y en ese momento comprendí cual fue su misión: cuidarnos y darnos la fuerza que íbamos a necesitar Celina y yo para parirnos). Ese día terminé de soltar y decir mis miedos (no iba a permitir que me estorben), también me hice un baño de crema, me metí en la bañera con mi hija más chica (me despedí de ella como bebé), pedimos unos lomitos con papas y me fui a dormir sonriendo y esperando las olas que venían a lo lejos.

A las 6hs empezaron a llegar despacito pero sintiendo que ya se acercaban las más fuertes. A las 9hs desperté a mi marido, le avisé a E, mi doula, y a A, mi partera: sentía que lentamente iba entrando al planeta parto. No hice tiempo de desayunar, de pegar mis frases de poder y dibujos que me había hecho mi hija Indira, tampoco de poner velitas, música, ni siquiera de cepillarme los dientes.

Cuando llegó mi doula y más tarde la partera (cerca de las 10hs supongo) todo se volvió intenso. Entre pelota, agua, las ohh, mi doula, y el sostén de mi marido pasábamos las contracciones cada vez más fuertes, dolorosas, intensas e incontrolables.

Mi compañero nunca se separó de mí, estuvo en cada contracción a mi lado alentándome y dándome su mano, que apretaba con toda mi fuerza. Él tenía la

convicción que lo íbamos a lograr y sus palabras me llenaban de fuerza y seguridad para lograr mi parto. Entre todos hacíamos un gran equipo.

Mis hijas se levantaron tarde, y una vez levantadas entre Eva y mi marido las mantenían ocupadas en mi dormitorio. Recuerdo escuchar sus voces por momentos o verlas pasar en pijama, y sentir esa paz de saber que estaban seguras en su casa con su papá. Z(3) vivió todo de forma muy natural: sabía que estaba por nacer su hermanita bebé y estaba súper feliz. I (9) miró videos de partos conmigo, vimos juntas la serie “Llaman a la partera” y la primera parte del documental “El renacimiento del parto” así que estaba tranquila, y a la vez ansiosa de conocer a su hermana. Sabía que mamá podía llorar o gritar, ver sangre, pero que estábamos bien y que era necesario para dar a luz a su hermanita.

Mi partera me hizo sólo un tacto, recuerdo sus palabras dulces y alentadoras “que pelvis hermosa que tenés, ya dilataste 5 cm y en una o dos contracciones se rompe la bolsa”. Mi doula por atrás “ya está la mitad del camino hecho”. Si bien en ese momento estaba totalmente en “otro mundo” recuerdo la confianza y poder que me transmitieron con esas simples palabras: me recordaron que mi cuerpo siempre fue perfecto para parir, me transmitieron poder y confianza. Además, estaba dilatando!! Sentí que por primera vez mi cuerpo me estaba acompañando. Hoy mi reflexión es: como un ambiente respetuoso, íntimo, seguro, en mi caso junto a mis hijas (ya que al no tener familia acá era una tranquilidad en el alma que estén en su casa) hace que ese cóctel de hormonas necesarios para parir simplemente fluyan.”

¿Cómo fue la experiencia del parto en casa? ¿Podrías contarme tu vivencia: sentires, emociones, pensamientos, registros?

“El nacimiento de C fue una llamarada de luz para nuestra familia, y un renacer para mí como madre y como mujer. Sin dudas su llegada fue muy diferente al de sus hermanas y no sólo porque la parí, sus dos hermanas nacieron por cesárea, sino porque fue recibida con amor, respeto, rodeada de su familia y en el calor de su nido.

A las 12:40hs según los apuntes de mi partera (creo que luego de 2 o 3 contracciones luego del tacto) sentí un “pum” como un globo que se rompía y una cantidad de agua calentita recorriendo mis piernas. Las palabras de mi partera fueron algo así como “perfecto, liquido transparente” y a pesar del dolor que no me dejaba pensar (como debe ser) sentí felicidad porque sabía que mi bebé estaba perfecta y lista para pasar a

este plano en cualquier momento, y toda su familia preparada para darle una bienvenida llena de amor.

No recuerdo (tengo esos momentos mezclados) si fue antes o después del tacto que sentí ganas de vomitar, y en menos de un segundo estaba Eva a mi lado con un recipiente (¡menos mal no había desayunado!). Me sugirieron que vaya al baño (tampoco recuerdo si fue antes o después) y yo pensé “como se supone que voy a llegar si no puedo moverme del dolor” pero midoula me tranquilizó y me dijo “cuando pase la siguiente contracción vamos, si viene otra te tiras al piso” (sólo podía pasar las poderosas olas en cuatro). En el baño pedí estar sola, hice fuerza porque necesitaba y creo que salió tapón o algo que ya no recuerdo. Luego (no sé cómo realmente) volví al living y en algún momento ya quebrada de dolor dije “no puedo”, y E me dijo “ay vamos, cuantos relatos leíste que dicen ‘no puedo’ pero vos sabés que podés”, y en ese momento pensé “claro estoy en el trance no puedo pero si puedo!!”.

A partir de ese momento dejé las “ohhh, los pensamientos y los gritos de lado”, estaba en el piso en “cuatro patas” y empecé a rugir como una verdadera leona. Recuerdo morder unos almohadones que estaban en el piso con toda mi fuerza. En ese momento no quería que me toquen, no me importaba más nada que pasar el dolor y parir a mi hija. Me sentí totalmente fuera de control, fuera de mi cuerpo, fuera de este mundo, ni siquiera entendía que estaba haciendo ni donde estaba, si había alguien o no. Al poco tiempo empecé a pujar y, a pesar que me sentía muy débil (durante todo el trabajo de parto me temblaron las piernas y sentí frío por momentos) me vino una fuerza inmensa y un poder enorme de lo más profundo de mí ser.

Supongo me habrán persuadido para que me sienta en el banquito de parto, realmente no lo recuerdo. Había pasado menos de una hora desde que rompí bolsa, pero Celina y yo estábamos listas para parirnos. El expulsivo fue muy rápido, intenso y doloroso. En el momento del famoso “anillo de fuego” no sentí que me quemaba, más bien que me partía al medio de tanto dolor: sentí que paría a mis tres hijas: grité, rugí y sentí por todas ellas. Realmente en ese trance del parto me descontrolé, pero ahí apareció la voz firme y dulce de mi partera que me dijo que mi bebé estaba saliendo solita, que pare de hacer fuerza que me podía lastimar, “con amor a la bebé” fueron sus palabras. En ese momento volví a la realidad, me tranquilicé y empecé a decir “dale C, dale que lo vamos a lograr...” y en la siguiente contracción salía integro y de forma espontánea todo su cuerpecito. “Agarrá a tu bebé” fueron las palabras de A y un instinto lleno de fuerza me llevó a recibir a mi hija y ponerla en mi pecho. “¡La parió la parió!” Gritó A entre risas. “¡La parí!” grite yo con un tono de sorpresa y emoción. “ Lo logramos mi

amor, somos un equipazo, lo logramos, hola mi amor, acá está mamá, bienvenida al mundo...” fueron mis siguientes palabras entre llantos y lágrimas de felicidad.

No fue el parto romántico, con velitas y música, despacito y sublime que soñaba. Fue más bien todo lo contrario: doloroso, salvaje, y totalmente fuera de control!! Irónicamente todo lo contrario a mi ser. A las 13:30hs nació C a pura adrenalina mamífera, a gritos y rugidos que venían de lo más profundo de mí ser. ¡Sentí tanto dolor y poder como nunca antes en mi vida!. ¡Sentí que pasaron mis tres hijas a través de mí!. Inmediatamente llegaron mis hijas (que estaban escuchando muy expectantes todo lo que ocurría desde el dormitorio) y se estaban aguantando las ganas de conocer a su hermana. Estábamos todos, y yo.... ¡Había parido!.

C nació con sus ojos abiertos (sin llorar) y se encontró con la mirada llena de lágrimas de felicidad de su mamá que le daba la bienvenida al mundo, pude sentir el calor, su olor y todo su cuerpecito mojado sobre mi piel. C llenó de luz con su llegada el living de mi casa donde la recibimos toda su familia junto a un gran equipo.

Así estuvimos mientras alumbraba la placenta (piel con piel) y mientras N, la enfermera, (que no sé en qué momento llegó) la observaba y examinaba: nunca la separaron de mi pecho. Luego, el papá (quien me acompañó en este camino de empoderamiento y durante este viaje con tanto amor, seguridad y cariño) siendo él también protagonista del nacimiento de su hija fue quien procedió a cortar el cordón cuando la obstétrica se lo indicó (estaba blanquito, ya había dejado de latir). Y de esa forma, entre risas y lágrimas de emoción, le dimos la bienvenida al mundo a C. Fue el momento más sagrado y poderoso que viví en mi vida.”

¿Y cómo fue el recibimiento de tu bebe en casa?

“Más tarde pasamos a mi dormitorio y, en mi cama acostadas una al lado de la otra, la profesional revisó a mi bebé. Se encontraba en perfecto estado de salud, le colocaron vitamina k (porque así lo habíamos decidido con su papá) y finalmente la pesaron envuelta con el calor de una manta y en posición fetal: 3,500kg. En ese momento recordaba las frías balanzas en la que pesan a los recién nacidos en las instituciones, más la cantidad de intervenciones innecesarias y lejos del cuerpo de su madre (que lamentablemente ya naturalizamos). Me sentí bendecida y afortunada por el respeto con el que la profesional trataba a mi hija: como un ser que acababa de llegar al mundo, y entendiendo que lo único que necesitaba mi bebé era estar cerca de su mamá, de su alimento y escuchando mi corazón como lo hacía cuando estaba del otro lado de la piel.

En ese momento la enfermera me sugirió estar piel con piel con mi bebé los primeros días, y así lo hicimos. No necesitamos “un ajuar de lujo” solo nuestros cuerpos conectados y nuestros corazones sincronizados. También me mencionó los beneficios de consumir la placenta en licuados en el post-parto. Ese día terminamos muy cansados y muy tarde, pero al día siguiente mi marido preparó un rico licuado con lo que había en casa: mandarina, frutos secos, miel, leche, manzana, ciruelas seca, placenta y seguro que algo más. Parece realmente asqueroso, pero la realidad es que estaba muy rico. Antes de beberlo no sabía que tenía porque no me quiso decir (luego entendí porque jeje). Él, mi hija Z (que decía ugougo, quiero ugo) y yo lo tomamos. I estuvo en el proceso así que no quiso saber nada con probarlo.

Más allá de la asistencia a la bebé, N fue como una doula más. Recuerdo estar atrás mío ofreciéndome gatorade, chocolates y almendras luego del parto. Estaba muy débil y lo necesitaba.

Mi bebé fue recibida con calor y amor como deberían ser recibidos todos los bebés del mundo. Ojala mis otras hijas hubieran sido respetadas desde el primer minuto de su vida como sí lo fue su pequeña hermanita, tanto por su familia como por todo el equipo que nos acompañó.”

¿Cómo percibiste fue el acompañamiento hacia vos y tú bebe?

“Con amor... y confiaron en mi” (se emociona)

¿Y el postparto y lactancia? ¿Podrías contarme tu vivencia en relación a esos momentos?

“Es difícil definir cómo me siento en este puerperio porque a los pocos días de nacida C, mi marido tuvo que volver a irse al Desierto del Sahara con la ONU. Si bien esta vez fue más fácil porque no me quedaba embarazada con el miedo permanente a que se adelante el nacimiento y encontrarme sola; es muy duro estar puérpera y sola con tres personas a cargo con necesidades tan diferentes. Cuando se fue no me sentía físicamente al 100%: aún me dolían los puntos, me costaba sentarme y estar mucho tiempo de pie, además, se me bajaba la presión cada tanto. Sin embargo, entre mis hijas y mi casa, no me quedo otra que dejar todo esos dolores y sensaciones de lado y enfrenar mi realidad.

La lactancia, al igual que con mis otras hijas, comenzó de forma difícil por la cantidad de leche y las congestiones que se me hacen. Pero debo resaltar que esta vez

duraron menos tiempo. También tuve grietas (como con mis otras hijas) pero me encontré más informada así que se me curaron más rápido.

C es como si percibiera que estoy colapsada y sola que resultó un equilibrio perfecto entre mis hijas y yo. A pesar de ser demandante como cualquier bebé, tiene una paz, una tranquilidad y una paciencia que me cuesta de creer. A veces me encuentro dándole el pecho y tener que salir corriendo porque alguna de mis hijas me necesita ya y ella se queda mirándome desde el coche viendo como me alejo, sin llorar, solo esperándome porque sabe que mamá pronto va a volver. A veces pienso que quizás al no haberla separado de su madre apenas nació no tiene ni siente miedo de no volver a verme, ella sabe que siempre voy a estar para ella y sus hermanas.

Emocionalmente me siento bien, cansada física y mentalmente por la crianza (sobretudo de las más grandes), pero me siento íntegra, fuerte y con el poder suficiente para pasar este momento que nos toca vivir como familia.

Hoy entiendo que empoderarse no es solo leer e informarse sino, con todo lo asimilado, hacerse cargo de nuestro cuerpo, tomar decisiones, elegir, tomar el poder y las riendas de nuestra vida, porque nadie tiene derecho a elegir por nuestro cuerpo o el de nuestros hijos. Somos nosotras las que debemos hacernos cargo.

Por momentos me encuentro llorando, entendiendo, recordando momentos del parto o comprendiendo algunas cosas del pasado en las que dije “¿por qué a mí?”. Hoy estoy empezando a encontrar respuestas a muchas preguntas que alguna vez me hice o cuestioné. Agradezco a la vida esas heridas de guerra que me llevaron por este camino de aprendizaje y me convirtieron en esta nueva mujer. Así, sumergida en este profundo puerperio, codo a codo con mis sombras, me encuentro de pronto llorando y sanando”

Si tenés parto o cesáreas anteriores, ¿Cómo percibiste la experiencia del parto en casa en relación a las anteriores? ¿Qué diferencias notaste?

Mi primera hija I nació en el año 2009 en la Clínica Colón de la ciudad de Mar del Plata. Fue una cesárea de urgencia en la semana 39+6 por una supuesta colestasis. Durante la cirugía recuerdo al equipo estar escuchando la final de un torneo importante de tenis (hablaban y comentaban entre ellos): la violencia fue sutil y en ese momento la naturalice. Como en la mayoría de las instituciones luego del nacimiento me mostraron mi hija, me la acercaron para que pueda besarla y luego se la llevaron para examinarla y realizarle todas las intervenciones que reciben los recién nacidos en los hospitales.

Minutos más tardes llegué a mi habitación; ella ya estaba limpiita, cambiada y en una cunita. Recuerdo que ese momento me quedé contemplándola y amándola desde mi cama (no podía dejar de mirarla). No podía creer que esa bebé era mía, que había salido de mi cuerpo y que acababa de convertirme en madre. Si bien estaba recién operada y no podía levantarme, tampoco pedí a nadie que me la entregue. Hoy entiendo que al no haber pasado por un trabajo de parto (ni natural ni inducido), no corrían suficientes endorfinas y oxitocinas por mi cuerpo como para reconocer a mí cría y sentir llevarla inmediatamente a mí pecho. Aún siento dolor por no haber luchado por mi parto y haber permitido que nos roben nuestro momento sagrado.

Casi seis años más tardes nacía Z, mi segunda hija, en el HPC de Mar del Plata. Cuando cumplí las 41 semanas de gestación rompí bolsa a la madrugada, dejamos a Indira (de 5 años en ese momento) en la casa de una vecina que sabía que era de confianza, pero que apenas conocíamos, y nos fuimos felices hospital (aunque pensaba con un manto de tristeza y preocupación en mi hija que había dejado). Esta vez deseaba parir a mi hija, recibirla y llevar a mi pecho su cálido cuerpo.

Al llegar me hicieron un tacto y con un tono frío me dijeron en resumidas cuentas que todo estaba “verde” y que tenía 12 horas, desde que fisuré bolsa, para conseguir mi parto. Me llevaron a una habitación en sillas de ruedas, pero en cuanto me baje empecé a moverme (me balanceaba para ayudar a mi bebé a nacer). En ese momento la obstetra de turno me advirtió que me quede en la cama porque había fisurado la bolsa y no era conveniente que me mueva. Las contracciones no tardaron en llegar: estuve 8 horas con trabajo de parto activo, con contracciones cada un minuto, muy fuertes y dolorosas: no tenía descanso entre una y otra, no podía moverme y quería pujar. Cuando me hacen el segundo y último tacto había dilatado un centímetro, y ahí se vino mi mundo abajo. Prepararon el quirófano y cuando estaba acostada las palabras del médico terminaron de hacerme sentir un fracaso total “menos mal no seguimos esperando, con este cuerpecito de nena nunca ibas a parir” (peso 41kg y mido 1,49cm), y luego mi marido entró a la cirugía. Cuando nació mi hija no me la mostraron, simplemente se la llevaron y yo sentí que me arrancaron un pedazo de mi cuerpo. Cuando finalizó la cesárea me dejaron en un pasillo (esperando que un camillero me lleve a la habitación): fueron los minutos más largos de mi vida. Habrán sido 15 o 20 minutos, pero era toda la vida de mi hija. Cuando llegué estaba mi bebé con su papá en brazos y en ese momento se la “arranque” y me la lleve al pecho, y así estuvimos toda la estadía en el hospital.

Ese puerperio fue difícil emocionalmente y, a diferencia de mi primer cesárea, esta vez sentí que el fracaso era sólo mío y de nadie más: yo no pude parir. Sentía que había venido fallada y me enoje con mi cuerpo “de nena”, con mi útero y con mis cicatrices que no paraban de sangrar. También creí que tenía un límite, que a pesar de ser mujer, madre y mamífera no iba a ser capaz de parir nunca y tendría que conformarme con tener hijas sanas y una familia hermosa. A la vez mi nueva hija no podía separarse de mí: fue una bebé de altísima demanda, y con el tiempo pude comprender que cuando nos separaron al nacer sentimos tanto dolor (como si nos desgarraran el cuerpo y el alma) que entonces ella decidió no separarse ni un minuto más de mí

Mi tercer embarazo se detuvo, y en el medio del duelo encontré un grupo de mujeres poderosas que tenían deseos y sentires similares a los míos. En el camino empecé a leer libros, artículos, relatos y ver documentales. Así comencé a comprender, a dejar la culpa de lado porque de nada me servía y poco a poco a perdonarme y reconciliarme con mi “pequeño” cuerpo y con mi útero que permití que lastimen. También acariciaba a mis cicatrices que tanto me habían enseñado. Sin embargo, me sentía muy lejos de sanar aún.

Si bien no estaba embarazada, planificaba mi parto: sabía que tenía el poder para lograrlo y comencé a empoderarme. Encontré un obstetra en el HPC que ya había asistido pvd2c y un equipo para que me acompañe en mi casa. Poco después vendría C.

I y Z no tuvieron el nacimiento íntimo, respetuoso y cálido que sí tuvo su hermanita. Sin embargo, ellas aprendieron una lección que no se aprende en los libros de medicina: que las mujeres podemos parir, que no necesitamos ninguna ayudita, ni anestesia, ni cualquier forma de intervención innecesaria, que un parto natural y fisiológico es posible y es seguro: que sólo necesitamos seguridad, confianza, creer en nuestro poder y que el resto simplemente fluye. Sus hermanas van a saber que un nacimiento siempre es sagrado y que un bebé recién nacido merece ser tratado con amor, con cariño, con respeto y que nunca debe ser separado de su madre. Ellas saben que podemos, que van a poder, y si bien hoy me duele en lo más profundo de mi alma haber permitido que las manipulen las manos frías de un médico, estoy feliz de haberles permitido participar en el nacimiento de su hermana y que sé que es un regalo que van a llevar siempre con ellas.”

Entrevista L.L:

Edad al momento del parto: 32

Nivel de instrucción: Universitarios completos

Controles prenatales: Hospital Privado de Comunidad

Plan en caso de necesidad de traslado: Hospital Privado de Comunidad

¿Cómo viviste el tiempo de preparto? ¿Te realizaste controles prenatales, recibiste información, acompañamiento?

“Eeehhh... fue “normal” (se ríe)... hicimos los controles prenatales con un obstetra que sabía de nuestra decisión de tenerla en casa, que respeto eso... Realizamos un taller de preparación para la maternidad con encuentros muy amorosos, donde fuimos conociendo a todo el equipo que nos acompañó en casa...”

¿Cómo fue la vivencia del trabajo de parto en casa? ¿Qué experiencia me podrías compartir?

“Nos acompañó un equipo que me hizo sentir muy cómoda y cuidada en todo momento. Cada intervención que hicieron fue pidiendo permiso y con cuidado. Con mi bebe fueron muy suaves y desde que nació estuvo conmigo. Todo el tiempo sentí que me bebe y yo estábamos bien, que todo estaba bien, nunca tuve miedo ni nervios, sí ganas de que termine cuando el dolor era fuerte.

En nuestro caso nuestras familias no sabían del parto en casa por lo tanto éramos sólo el equipo, nosotros y nuestra perra. Por eso el equipo además del rol de profesionales ocuparon el rol de familia al momento de recibir a nuestra hija y celebramos juntos comiendo algo. Fue hermoso, espontáneo y alegre.

El momento del preparto en casa fue largo, yo fisure bolsa 1 am y comencé con contracciones muy desparejas, me acosté en el sillón a contarlas escuchando música que me había pasado mi profe de yoga, me saqué una última foto con panza, corrimos los muebles en el cuarto para hacer lugar para el parto, de a poco a medida que aumentaba el dolor mi capacidad de interactuar disminuía. A la mañana vino mi Doula a ver como estábamos y a la 1pm vino la partera y nos revisó y me hizo un tacto y nos dijo que faltaba mucho pero que seguramente nuestra hija nacería esa noche. Me dijo que ellas se iban a ir y volver más tarde. Me desilusionó saber que faltaba mucho porque ya estaba dolorida, pero me entregué al proceso y el tiempo pasaba rápido.

Baile con mi compañero, lloré, vomite, comí banana con dulce de leche, estuve muchas horas en la ducha, tipo 19 vino la doula y me ayudó con la respiración, y recién a las 20hs aprox volvió la partera, nos revisó y ahora ya estaba completamente dilatada. El expulsivo se me hizo difícil porque estaba muy cansada y tenía mucho miedo de empujar porque me dolía demasiado. Fue muy largo y yo ya no quería saber más nada con nada. Probé varias posturas y finalmente me senté en el banquito de parto y gracias a que me apoyaron y alentaron y a que la partera me ayudó un poco con los pujos nuestra hija nació 12.35 am. Nació con su manito en la cara, lo que posiblemente lo hizo más difícil. La placenta salió sin ningún esfuerzo. Mi compañero cortó el cordón. Fue muy natural poder estar en mi casa y todo el tiempo buscar la forma que a mi me servía más para atravesar las contracciones.”

¿Cómo fue la experiencia del parto en casa? ¿Podrías contarme tu vivencia: sentires, emociones, pensamientos, registros?

“Tener mi parto en casa hizo que todas las veces que en mi vida me sentí incapaz de lograr algo se esfumaran. Me hizo sentir que si fui capaz de eso soy capaz de mucho más. Fue para mí la mejor forma de comenzar el camino de la maternidad. Sentí que era un gran regalo para mi hija que la recibamos en la calidez de su hogar, con luces de vela, con un equipo amoroso y respetuoso, con mínimas intervenciones. Me hizo meterme en lo más profundo de mi ser para atravesar el dolor desde un lugar no mente en el que nunca me había sentido antes. Parir en mi casa me hizo sentir que tomé las riendas de mi vida y que siempre hay una forma más consciente de hacer las cosas.

Me hizo sentir orgullo de mi misma y de la decisión que tomamos con mi compañero y lo volvería a elegir en cada nuevo parto”

¿Y cómo fue el recibimiento de tu bebe en casa?

“Con mi bebe fueron muy suaves y desde que nació estuvo conmigo.”

¿Cómo percibiste fue el acompañamiento hacia vos y tú bebe?

“Me sentí cuidada y en tribu.”

¿Y el postparto y lactancia? ¿Podrías contarme tu vivencia en relación a esos momentos?

“El posparto en casa fue muy ameno. Ellas se fueron como a las 4.30 am entre una cosa y otra...la enfermera me ayudo a ofrecerle la teta, me mostraba cositas de la

bebe mientras la observaba, me decía que la mire, me ayudó mucho porque yo estaba como medio ida luego del esfuerzo del parto. Luego de que se fueron nosotros tres nos acostamos y dormimos hasta las 10.30 am del otro día y recién a la tardecita recibimos a los abuelos de visita. Estar en casa nos permitió hacer contacto piel a piel por unos 5 días, lo que ayudó mucho a la lactancia. Mi recuperación física fue muy rápida porque no tuve episiotomía ni desgarro ni puntos así que en algunos días ya estaba muy bien. El equipo vino esa tarde, al otro día, el día que me bajó la leche, la doula venía cuando el puerperio se ponía intenso. Nuestra experiencia con la lactancia fue muy exitosa, la beba agarró la teta en seguida y ahora que tiene 5 meses seguimos con lactancia a demanda y exclusiva y ella está super saludable y feliz y enamorada de sus tetas.”

Entrevista D.L:

Edad al momento del parto: 29

Nivel de instrucción: Universitario completo

Controles prenatales: IREMI

Plan en caso de necesidad de traslado: Hospital Materno Infantil

¿Cómo viviste el tiempo de parto? ¿Te realizaste controles prenatales, recibiste información, acompañamiento?

“Como la mayoría, creía que parir era una cuestión médica, creía que debía ser tratado en una institución como si fuera una patología, creía que se dependía de un médico para hacerlo. Con el paso de los años y la deconstrucción de muchas ideas sobre lo que es la salud y la enfermedad, entendí que todas estas creencias están forjadas en ideas patriarcales, que se sintetizan bien en la creencia de que las mujeres no sabemos parir, y que necesitamos de la ciencia para poder hacer algo que es biológicamente natural. Con la intención de recuperar la soberanía sobre el cuerpo, comprendí que el embarazo es un tiempo para recibir “cuidados” (hace seña de comillas con los dedos) pero no así “controles” (vuelve a hacer seña de comillas con los dedos) y que cuando me llegara el momento era yo quien iba a parir y no el obstetra o el equipo de tal o cual institución. Así fue hace un tiempo atrás, estando embarazada, contacté con un grupo de profesionales de esta ciudad que se dedican a acompañar con esta filosofía de cuidar e intervenir lo menos posible. No fue fácil asumir que quería este parto, incluso tuve que mudarme de ciudad, por el miedo a que

quienes me acompañaran no me respetaran en este sentido que yo tenía sobre el cuerpo y el nacimiento. Por otro lado tuve que afrontar los miedos que la sociedad, a través de familia y amigos, me trasmitían sobre si iba a poder hacer algo, que aunque es sin dudas lo más natural que existe, resulta ajeno para la mayoría de las mujeres. Miedos que me impidieron creer que podía hacerlo sola y buscara un equipo con profesionales que ya conocía y tenía referencia, para respaldar esta decisión de parir fuera de la institución, me lleve algo de ella a casa.”

¿Cómo fue la vivencia del trabajo de parto en casa? ¿Qué experiencia me podrías compartir?

“El trabajo de parto es para mí, un viaje hacia el interior, un momento de autoconocimiento profundo, donde no hay analgesia que pueda acallar nuestro inconsciente, ver nuestros miedos más profundos, el de cada mujer y el del inconsciente colectivo. Por eso no hay medico ni intervención que pueda hacer seguro lo que es por definición perfecto. La seguridad de la que se habla es, como ya dije, la de mantener un sistema que nos aleja de nosotros mismos, la de la ciencia patriarcal y machista.”

¿Cómo fue la experiencia del parto en casa? ¿Podrías contarme tu vivencia: sentires, emociones, pensamientos, registros?

“Parir fue un acto de entrega tan grande, que solo pude hacerlo en un estado de silencio, casi de meditación, creo que si hubiera tenido que ir a una institución hubiera pedido fácilmente una cesaría. El dolor es tan grande que impide entender lo que está sucediendo. Bloquea, paraliza. Por eso debe ser que se explica que usamos nuestro cerebro primitivo y no el racional para poder hacer este trabajo. Parir es morir en los miedos, es entregarse a la fuerza y el poder de la naturaleza, es soltar el control y al mismo tiempo estar al mando de ese desconocido y maravilloso encuentro con el ser que se formó en tus entrañas. Y aunque sea explicable biológicamente, es inentendible, por eso tiene algo de mágico. Yo creo que hay algo más allá de lo humano que lo sostiene, y aunque ese es mi sentir, entiendo que el afán de la ciencia por explicar y controlar el nacimiento tiene mucho que ver con la contradicción misma que presenta y que la ciencia no puede explicar. Sumado a que está protagonizado por las mujeres, quienes fuimos consideradas desde el origen de la conformación de este sistema como ciudadanas de segunda, si es que aún no lo somos, pensando en que estamos en el siglo XXI y todavía debemos pedir que nos “respeten” (hace gesto de comillas con los dedos) un acto tan íntimo como es parir.”

¿Y cómo fue el recibimiento de tu bebe en casa?

“Mágico. Ni bien nació la llevaron a mis brazos, a mi pecho.” (Se emociona)

¿Cómo percibiste fue el acompañamiento hacia vos y tú bebe?

“Tengo la certeza que la medicina si quiere participar del nacimiento y los partos de una mama y bebe sanos, debe repensarse, volviendo a un rol más silencioso donde sea quien respalde y acompañe a los verdaderos protagonistas de este momento. Yo me sentí así en casa, cuidada y respetada”

¿Y el postparto y lactancia? ¿Podrías contarme tu vivencia en relación a esos momentos?

“Un mes y poco después de haber parido, tengo la certeza que es una experiencia de autoconocimiento y empoderamiento personal, por lo que cada parto, cada nacimiento es único, como cada persona. De aquí la necesidad de entender que el embarazo, el puerperio y la lactancia son sin duda momentos en que la mujer necesita de acompañamiento respetuoso, intervención hasta donde ella misma considera, sin cuestionamientos, y poniendo a su servicio conocimiento sobre nuestra propia biología y la del bebé.”

Entrevista M.D:

Edad al momento del parto: 35

Nivel de instrucción: Universitario completo (Abogacía)

Controles prenatales: Sistema de salud publico de Brasil

Plan en caso de necesidad de traslado: Hospital Materno Infantil

¿Cómo viviste el tiempo de parto? ¿Te realizaste controles prenatales, recibiste información, acompañamiento?

(Se ríe y agarra la cabeza) “No me prepare para ello, no hice controles prenatales, ni recibí información, solo algunas reuniones con la partera y la doula”

¿Cómo fue la vivencia del trabajo de parto en casa? ¿Qué experiencia me podrías compartir?

“Durante el trabajo de parto, llore mucho, no sabía bien de donde venía tanto llanto, pero al dejarlo salir me limpiaba y desahogaba del gran miedo que en el fondo sentía y que no había trabajado antes de ese momento. Llorar me conectó conmigo misma y me dio paz. Si bien estuve rodeada de amor y contención, sentí mucho miedo, la sensación de que no iba a lograrlo porque no sabía como hacerlo. Sentí mucho dolor y junto con el miedo me sentí un poco perdida y sola en las horas previas al parto, si bien me contuvieron y acompañaron mucho. Después entendería que siempre podemos parir independientemente de la información que tengamos al respecto, nuestro cuerpo sabe.”

¿Cómo fue la experiencia del parto en casa? ¿Podrías contarme tu vivencia: sentires, emociones, pensamientos, registros?

“El equipo de bellas mujeres me acompañó 24 hs antes del parto, ahora siento que es mejor darse ese tiempo para estar más sola e ir sintiendo todo con más calma.

(Hace una pausa, se emociona)

A dos años del parto, lo recuerdo con amor y gratitud. Entre otras cosas, aprendí que hay que enfrentar al miedo antes que el miedo te enfrente. Aprendí que el cuerpo es poderoso y que es más fácil si me entrego a la fuerza de la naturaleza. Aprendí también que el calor de las mujeres que te acompañan hace la diferencia.

La experiencia fue bellísima me cambió para siempre. Qué loco que las mujeres hayamos entregado el poder más increíble que tenemos a elegantes hombres de bata blanca no?”

¿Y cómo fue el recibimiento de tu bebé en casa?

“Toda la inseguridad y miedo que sentía en mi cuerpo, fue totalmente diferente en cuanto a lo que sentí respecto a mi bebé. En cuanto a ella, en todo momento sentí que estaba bien, y me sentí muy acompañada por la enfermera. Tuve la certeza de que era la mejor forma de nacer y que allí estaría más protegida que en ningún otro lugar.”

¿Cómo percibiste fue el acompañamiento hacia vos y tu bebé?

“En cuanto a la atención, me sentí contenida, cuidada y amada”

¿Y el postparto y lactancia? ¿Podrías contarme tu vivencia en relación a esos momentos?

“Las horas que siguieron al parto fueron las más felices. Me sentí cuidada y contenida. Sentí energía y bienestar físico. Éxtasis. Gratitud. La bebé se enganchó en la teta sin ningún problema. También en cuanto a lactancia estaba desinformada, mi mamá no me dio la teta más que unos meses y no tenía otras referentes. La enfermera me explicó algunas cosas, me dio algunos consejos que me sirvieron mucho y no tuve inconvenientes. En los días que siguieron al parto, me sentí muy contenida por la doula y la enfermera. Fueron días bellos llenos de magia.”