

I Congreso Internacional
De Parto y Nacimiento
En Casa

20, 21 y 22 de octubre de
Jerez de la Frontera
España



2000

12 de Con la colaboración
de



Estimad@s Congresistas:

Nos ponemos de nuevo en contacto con ustedes para hacerles llegar este documento. En él se recogen las ponencias presentadas en el I congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa.

Aunque hemos tardado un poco creo que la espera merecía la pena. Aquí tenéis la información que se suministro en el congreso. Puede ocurrir que falten algunos datos o no sea tan extenso como la información dada en el congreso, pero si necesitáis algo en concreto lo podéis pedir.

También deciros que tenemos a la venta los videos del congreso, si algun@ quiere comprarlos tan solo tiene que ponerse en contacto con la secretaria de la Asociación "Nacer en Casa", Angeles Pérez, llamando al Telf. 91 8110004, y os indicará los pasos a seguir.

Tan solo nos queda el daros las gracias por vuestra presencia en este congreso y desear que los cambios en la asistencia al parto y nacimiento sean una realidad.

Un Saludo,

Asociación "Nacer en Casa"

PRESENTACIÓN DEL CONGRESO

Por Dña. Mercedes Serrano.

Buenas tardes y bienvenidas y bienvenidos. Deseo que el hechizo que alberga este inicio se vea compartido durante estos días. Vamos a dar comienzo a este acto inaugural del “Ier Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa”. En nombre de la Asociación “Nacer en Casa” quiero agradecer el esfuerzo, trabajo, colaboración y apoyo de todas las personas e Instituciones que habéis hecho posible que hoy estemos aquí.

Damos las gracias al personal de la Delegación de Salud y Género del Ayuntamiento de Jerez que tanto entusiasmo y trabajo han puesto; a la asociación de lactancia materna “Regazo”; al grupo de “mujeres y salud” de Jerez. Agradecemos a las madres, padres y bebés su valentía y confianza, su ahínco en defender lo que querían, y, a todas vosotras y vosotros por la apuesta que habéis hecho al estar hoy aquí.

Quiero dar las gracias a María Fuentes, por sus inmensas capacidades y amor. Quiero dar las gracias a Maite Gómez, aquí a punto de parir por su entusiasmo desde el primer día y por su ternura. Quiero dar las gracias a Jesús Sanz, por tanta dedicación y por su confianza. Ellas y él han hecho posible que este congreso sea una realidad.

Presentaré y daré la palabra a las personas representantes de las instituciones que me acompañan en esta mesa y luego os contaré una historia.

Ha sido para nosotras, nosotros (unas veces hablaré en femenino generalizando y otras en masculino para no tener que decir as/os continuamente) una decepción importante que la Junta de Andalucía no esté hoy aquí. Se comprometió a colaborar para la realización de este congreso y no ha sido así. Lo sentimos por dos cosas, una porque la aportación económica nos es muy necesaria; pero sobretudo, por lo que supone institucionalmente. Aprueban normas, dictan leyes, y su presencia hubiera favorecido la incorporación a sus programas de lo que aquí se va a decir. No ha sido así y lo lamentamos.

Paso a presentar a D. _____, cargo _____ de la Excm. Diputación Provincial de Cádiz. Queremos darles las gracias porque aunque su gestión sea provincial se ha comprometido con algo de ámbito nacional e internacional relacionado con el mundo de las mujeres y bebés. Tiene la palabra ...

D^a _____, Concejala del Excmo. Ayuntamiento de Jerez de la Frontera. Cómo dar las gracias al apoyo de todo tipo (locales, recursos, personal, institucional). No hay en todo el Estado español otro Ayuntamiento con una concejalía con delegación de Salud y Género. Han acogido, acompañado y apoyado este Congreso. Se han comprometido. Nos gusta el apoyo a la idea “pensar globalmente, actuar localmente”. Tiene la palabra

D^a _____, representante de la Universidad de Cádiz. Han valorado positivamente este Congreso certificando el mismo. Esperamos que con su presencia aquí contribuya a dar cabida en los programas científicos la visión de que **la casa es otro centro para la salud**. Tiene la palabra ...

D^a _____, cargo _____ del Instituto Andaluz de la Mujer. Han respondido como las demás Instituciones a nuestra llamada y deseamos responda a las necesidades actuales que planteamos las mujeres. Se ha luchado por normalizar el divorcio, aborto, anticoncepción, tener conciencia de la violencia hacia las mujeres. Tenemos que entender la violencia tan presente sobre los procesos reproductivos y la maternidad. Ya es hora de defender la maternidad como opción y toma de decisiones sobre lo que queremos. Tiene la palabra

D^a _____, representante de Midwifery today. Que una asociación internacional de tanto prestigio haya prestado su organización para difundir con entusiasmo desde el primer momento la idea de este congreso fue para nosotras una inyección de ánimo. Tiene la palabra ...

D^a _____ cargo _____ de la Asociación Nacional de Matronas. Por fin están aquí. Nos alegramos, confiamos y deseamos que esta presencia se vea reflejada en el día a día. Un apoyo tan necesario, tantas dificultades, tantos vacíos porque éramos irresponsables y atrevidas; y, ahora desde la OMS, desde estudios en todo el mundo se nos da la razón. El parto en casa es seguro, no es peligroso, es una opción. Quienes lo aceptamos como una decisión de las parejas no estamos “fuera de control” .

(“No estamos locas que sabemos lo que queremos”)

Estamos contentas de que estéis aquí. Pedimos vuestro apoyo, vuestro respeto, y que en el seno de la asociación nacional de matronas tenga cabida la idea del parto en casa como una opción real para las comadronas y las parejas en la sociedad actual. Tiene la palabra...

Ahora os contaré la historia y os presentaré la Asociación “Nacer en Casa”. En enero de 1.988, María Fuentes convocó en Barcelona a M^a Jesús Montes, a Eva y a Carmen de Zaragoza, pensando en la necesidad de crear una asociación profesional que uniera a las personas que en ese momento trabajaban por recuperar el nacimiento domiciliario. Cada una convocaría a una reunión en Zaragoza en la primavera a las personas interesadas en crear una asociación. Las que fuimos a Zaragoza decidimos crear la Asociación “Nacer en Casa”. Allí conocí a María y fue el inicio de una hermosa amistad y colaboración profesional.

Mucha pasión, ilusión, trabajo dando respuesta y acogiendo al noventa por ciento de los profesionales que asisten partos en casa en todo el Estado español. Nos animaba la idea de que había más personas haciendo lo mismo. Presentábamos la asociación cada vez que había unas jornadas, congresos, foros nacionales e internacionales. Nos dábamos a conocer y se iban incorporando otras personas. Queríamos y queremos una asociación profesional. Queremos sentirnos parte de un todo más grande. La idea de que habiendo personas autodidactas aportarían una parte de no deformación profesional. Pretendemos que sea un llamamiento a otros profesionales. Veíamos que quedaba bonito, que había discusiones de salón, pero después, mujeres, parejas que venían buscando a una persona que les asistiese el parto en casa se encontraban con que les decían que no.

Nos sentimos interpeladas continuamente. Aquí parece un reto de futuro, lo que fuera ya es presente. Queremos recuperar nuestra parcela como comadronas, queremos dejar de ser chicas para todo.

Creemos que es posible desde una asociación como esta, pequeña y con las personas diseminadas por todo el estado español ofrecer la imagen de que parir en casa es una opción válida y respetable. Pedimos desde la asociación que no se nos maltrate y se nos desvalore como profesionales.

Pedimos a las instituciones aquí presentes que rompan los tabúes y la contrainformación que rodea este tema. Que se normalice como modelo válido asistencial, permitiendo y apoyando que se incorpore a nuestro sistema sanitario público.

Quiero transmitir que estamos aquí para celebrar la vida, seguir disfrutando, hablar de lo que nos preocupa y mantiene. Sintiéndonos en casa, sin confrontaciones. **El viento** anima nuestro esfuerzo.

El agua baña nuestro ser para recordarnos que venimos del agua, del vientre materno.

El fuego aviva nuestros corazones.

La tierra es nuestra madre y de ella venimos.

Renovamos el amor y el respeto a la vida que ilumina nuestros pasos para buscar caminos nuevos, renovamos el amor y el respeto al universo en nosotras que es recoger parte de los frutos de nuestro esfuerzo, trabajo y lucha. Es el momento de plantar nuevas semillas para seguir avanzando. Es el momento de compartir lo que somos, quienes somos y por qué lo hacemos. Recordemos que este congreso es una estrella que brilla en el firmamento con luz propia porque estamos contribuyendo a crear un mundo mejor en el que creemos, por el que soñamos y del que disfrutamos.

Gracias.

PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL DE PARTO
Y NACIMIENTO EN CASA

Por Dra. María Fuentes.

En mi trabajo, a lo largo de los últimos 17 años, he podido comprobar que la mejor ayuda que yo podía brindar a las mujeres que me la pedían, era la de CONVERTIRME EN CANAL DE TRANSMISION:

- a veces ,entre ellas y sus parejas
- a veces , entre ellas y sus bebés
- a veces entre unas y otras
- ...y lo más frecuentemente... consigo mismas...

Organizando y participando en este Congreso, espero y deseo serlo también entre ellas, y "el mundo" -a pequeña escala-:

- mundo obstétrico y de profesionales
- medios de comunicación
- entorno social....

Es por ello, por lo que me hago eco de nuevo de sus palabras. Y quiero leerlas fielmente.

Os pido RECEPTIVIDAD.

Las he elegido por ser representativas de una gran mayoría de las mujeres de mi entorno y nuestro entorno: Jerezano

Andaluz
Español
Occidental

Ana es una mujer de treinta y pocos años, que vino a mí en plena depresión -secuela de su parto-. Escribió este relato como uno de los múltiples recursos que hubo que utilizar a lo largo de varios años para poder curar esta experiencia. Y me lo ofreció generosamente:

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

Todo empezó de madrugada...esperamos en casa hasta las 12. Fui a la comadrona, y me dijo: "vete para el hospital". Eran las 12,30 del viernes. Las contracciones son pocas y flojitas. A las 2 de la madrugada me llevan, sola, a la sala de dilatación. Las contracciones son cada 10 minutos. "Acuéstate en la camilla y no te levantes", me dicen...Me ponen el monitor y el "gotero", y no puedo más que estar boca arriba, y sin moverme para nada. Y ahí llega mi tormento. El monitor, a todo volumen, durante 15 horas. ..Empecé muy bien a hacer las respiraciones...pero aquel ruido, las contracciones seguidas, sin poder moverme, y el estar sola... me parecía que me volvía loca...no me daba tiempo a coger aire. Mi boca estaba seca, seca, seca...Cuando venían a ver cómo dilataba, pedía agua, y me decían, "no, no debes beber!" ...a la mañana siguiente, destrozada...recuerdo haber dicho : "no quiero tener a mi hijo, quiero morirme"!

....en sala de partos, comprueban la dilatación, y se van, diciéndome: "ve empujando tú sola"...no recuerdo cuanto tiempo pasé así...empujo, empujo...y después de hacerme la episiotomía, salió por fin mi hijo. Lo vi sólo 102 segundos. Me preocupé al escuchar "el líquido amniótico huele muy mal", pregunté, pero me dijeron que no me preocupara. Ahí quedó todo.

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

Estaba muy cansada. Cada tres horas subir a darle de mamar, el dolor de los puntos, las sillas muy incómodas... una noche, me quedé dormida, y cuando llegué a darle de mamar ,ya le habían dado un biberón. Cómo me sentí!. No había cumplido con mi papel de madre!. Había permitido que le dieran un biberón!.Me quedé allí, sentada, llorando....

Llega el martes, llega el médico, le repito lo del mal olor..levanta la sábana, y enseguida todos empiezan a correr: análisis, antibióticos...le dicen a mi marido que podía haberme muerto por la infección.

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

Sé que much@s ya conocemos esta situación sobradamente. Pero es demasiado increíble que aún siga vigente, e incluso siga siendo considerada como "normal", indispensable, incuestionable, y "segura"!

Ponernos en la piel de una de los millones de mujeres que aún la padecen, tal vez nos ayude a poner conciencia en el objetivo fundamental de nuestro trabajo y de este CONGRESO : RECUPERAR LO SAGRADO DEL NACIMIENTO, Y EL RESPETO POR TODO LO QUE EN EL SUCEDE Y LAS PERSONAS IMPLICADAS EN ELLO.

Cuando ya había decidido hacer esta intervención, y hace sólo unos días, recibí una carta que me conmovió aún más profundamente..y que nos hace preguntarnos ,de nuevo, porqué es tan dura la lucha por un nacimiento y una vida mejores. Viene de la Argentina.....

“Aprovecho la presente para hacerle saber que la

suscrita ha vivido la experiencia de los partos en casa. Además de los míos propios, hace ya 20 años, también todos mis nietos han nacido en el hogar. Vale aclarar que aquí, a diferencia de lo leído en la obra de S. Kitzinger, son los padres los encargados de recibir a su hijo en casa, sustituyendo a la partera o al médico.

En razón de esta decisión, no prohibida por las leyes argentinas, pero donde la moral y las buenas costumbres pesan mucho más, fuimos procesados judicialmente y padecimos más de dos años de detención en las humillantes cárceles argentinas. Finalmente, recuperamos la libertad física, siendo absueltos totalmente ante la inexistencia de conducta delictiva. Sin embargo el Estado argentino no se conformó con semejante tortura, y decidió apropiarse de forma indebidamente durante tiempo indeterminado, de todos aquellos niños nacidos en el hogar; negándose sistemáticamente a la restitución a sus verdaderos padres y madres.

**Agradeciendo desde ya la deferente atención que brinda a mi requerimiento, le saluda muy atentamente,
FELICITAS E.**

Sin embargo, a ` pesar de su rotundidad y crudeza, esa no es toda la realidad , sino sólo una parte de ella. Y entre el "parirás con dolor", y el "parir con horror", queda un pequeño resquicio- que se va ampliando cada vez más- para hacer posible el "parir con amor", que en definitiva, es el sentido último de nuestro quehacer cotidiano, nuestra responsabilidad, y nuestro gozo como mujeres, comadronas, acompañantes, o simplemente, personas....de ello nos cuenta Inma..

"He muerto un poco,,,
me acaricio la barriga, y de pronto,
me doy cuenta de que ya no estás ahí..

el parto es un nacimiento-agonía-muerte-nacimiento..
pensaba que sería más suave...
pero las horas avanzaban muy lentamente...
sin embargo, nosotros estábamos juntos para nacer...

Papá estaba con nosotros, estuvo maravilloso, no nos dejó ni un momento...no sabía qué hacer..pero hacía lo más importante: estar cerca; me acariciaba, nos abrazaba...miraba impaciente la barriga...
Tú avanzabas lentamente, salías de tu cálida cueva en un viaje intenso y desconocido.

Marta estaba cerca,
Sentíamos su proximidad, su delicadeza..
La complicidad del silencio, de la mirada...
Y Maite, tan delicada, espléndida y animosa...nos daba la confianza
de la madre tierra, nos ayudaba a no desfallecer, me recordaba que estabas en camino, y que nacerías...
las horas avanzaban, la intensidad de las contracciones aumentaba cada vez más...
y toqué el límite,
sentía que no podía más, que me moría, que ya no me quedaban fuerzas...
y tuve miedo...¿el cuerpo me abandonaba?
!no puedo!...mi cuerpo estallará en mil pedazos..es el volcán con el que soñé.
Y entonces, Roger, te llamo :ven, ven, hijo!, te estoy esperando, ya no puedo guardarte más tiempo dentro..
Lloro llamándote,,papá también llora,
Lloramos todos...
Siento que se rompe la bolsa...sale mucho agua.
Una potente columna de fuego, se abre paso dentro de mí sin que yo pueda hacer nada..
Baja desde el útero, por la vagina..
Y yo no puedo hacer nada...
Oigo que me dicen : "sopla, sopla!
...y sale el ser más tierno, mi hijo querido...Roger...

Papá está detrás de mí, apoyándome.
Y te recibimos, exhaustos y conmovidos...
Nuestro bebé..

Lloramos juntos, reímos..

Me ha pasado la vida por dentro

Me ha atravesado..ahora me siento herida

De vida, feliz por la vida..y aún respiro el olor a semen y sangre.....Dra. María Fuentes Caballero

EL NACIMIENTO EN EL NUEVO MILENIO

Marsden Wagner MD, MSPH

Ex director del Departamento de Salud Materno-Infantil de la Organización Mundial de la Salud

Presentado en Jerez de la Frontera, Cádiz, España 20 de Octubre de 2000

Hace unos doscientos años, los hombres comenzaron a invadir la atención a la maternidad. Poco a poco se produjo un profundo cambio con un gran giro alrededor del paradigma del nacimiento y del cuidado del parto

Las comadronas creen que la mayoría de las mujeres son capaces de dar a luz con apoyo y un mínimo de asistencia. Sin embargo, los hombres confían en las máquinas, no en los cuerpos de las mujeres. Uno de los aspectos fundamentales de la matronería es la espera en calma y en alerta, con conciencia. Esto no forma parte del mundo masculino y ha sido sustituido por la ansiosa necesidad de "hacer algo" de los que atienden el parto, preferiblemente con máquinas.

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 (proyección 2). 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 litotomía 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.

Otro giro en el paradigma del concepto de nacimiento que va más lejos todavía es el que concierne la vida y la muerte. Las comadronas siempre han entendido que el nacimiento forma parte de la vida y como la vida, no posee garantías. La tasa de mortalidad del mundo es del 100%. En ningún lugar del mundo existen tasas de mortalidad perinatal que se acerquen a cero. Sin embargo, puesto que para los médicos los dos grandes enemigos son el dolor y la muerte, como parte de su intento de ocuparse de los servicios maternos, comenzaron a prometer a las mujeres y sus familias un parto sin dolor y un bebé perfecto. Como resultado, el público en general ha perdido la comprensión y aceptación de que a veces ocurre que los bebés mueren. Si juegas a ser Dios, te culpan de los desastres naturales. La epidemia de litigios contra los obstetras en muchos países es en parte consecuencia de la promesa de un bebé perfecto y los sentimientos legítimos de decepción en la familia cuando el bebé nace con minusvalías o incluso muere.

En los años 70 la serpiente entró en el jardín del parto hospitalario con alta tecnología. Se encontró que tanto la talidomida, como el DES causaban defectos en los bebés. Poco a poco se comenzó a comprender que la caída de la mortalidad perinatal se había debido sobre todo a factores sociales como las mejoras en la vivienda, la mejor nutrición y la planificación familiar, hasta el punto de que el supuesto papel de salvar la vida de bebés que habían ejercido los médicos y hospitales, se debía en el fondo a factores médicos básicos como los antibióticos o las transfusiones seguras de sangre y no ninguna de las intervenciones de alta tecnología, como se pretendía. El movimiento de las mujeres tomó conciencia acerca de cómo su maternidad les había sido robada y comenzó una reacción en contra de la medicalización y deshumanización del parto.

Los años 80 vieron el reconocimiento de lo que evolucionaba como dos grandes conceptos diferentes acerca de la atención a la maternidad: el modelo médico, defendido por los doctores y el modelo social, apoyado por la mayoría de comadronas, científicos perinatales y muchos profesionales de la salud pública. Se llegó a la conclusión de que el modelo médico funciona bastante bien para la enfermedad y los accidentes, pero que no encaja bien dentro de los ciclos de la vida como el nacimiento o la muerte.

El modelo médico proclamaba que el uso de la alta tecnología en la atención de la maternidad en los países ricos constituía el auténtico progreso, pero la evidencia científica en estos países sugería lo contrario: no había descendido la tasa de parálisis cerebrales en los últimos 30 años, no se había reducido la tasa de bajo peso en el nacimiento en 20 años; y tampoco había disminuido la tasa de mortalidad materna en 10 años y sin embargo había un probable ligero aumento en algunos países como Estados Unidos o Brasil. Hubo una ligera caída de la tasa de mortalidad perinatal en 10 años no debida, sin embargo a ninguna disminución de la mortalidad fetal en sí, sino a una ligera mejora en la mortalidad neonatal asociada con el cuidado intensivo neonatal y no con la atención obstétrica

EL PRESENTE

Hoy en día existen tres tipos de asistencia a la maternidad: la asistencia con alta tecnología muy medicalizada, centrada en el médico; la que proporcionan las matronas, marginada, por ejemplo, en Estados Unidos, Irlanda, Rusia, la República Checa, Francia, Bélgica o Brasil, con el modelo de una aproximación predominantemente social con comadronas fuertes y más autónomas y una menor tasa de intervención que podemos encontrar, por ejemplo, en Holanda, Nueva Zelanda y los países escandinavos; y una mezcla de ambas formas de ver la maternidad, como ocurre en países como el Reino Unido, Canadá, Alemania, Japón, Australia y España. En los países del Tercer Mundo existen servicios al estilo del modelo médico en las grandes ciudades, mientras que los servicios que siguen el modelo social permanecen las áreas rurales donde el modelo médico no hay penetrado todavía.

El repaso de las prácticas obstétricas que se realizan en España sirve para ilustrar el tipo de atención a la maternidad que actualmente se proporciona.

La evidencia científica es clara: el parto es más seguro si hay una persona asistiéndolo durante todo el proceso del trabajo de parto, el expulsivo y el alumbramiento. Pero éste no es el caso de los hospitales españoles, donde comadronas, enfermeras y médicos, comparten la atención del parto y, cuando hay cambios de turno, un nuevo equipo que la mujer no conoce aparece de repente. La ciencia ha comprobado que la cardiotocografía rutinaria durante el parto no disminuye la mortalidad perinatal. Sólo desemboca en demasiadas operaciones de cesárea innecesarias. Sin embargo, la cardiotocografía rutinaria se practica en casi todos los hospitales españoles durante el parto. Los líquidos intravenosos de rutina no resultan necesarios durante el parto normal e interfieren en la importante necesidad de la mujer de facilitar su parto por medio del movimiento. Sin embargo, la medicación intravenosa de rutina se aplica en la mayoría de los hospitales españoles. Los científicos probaron hace más de 20 años que colocar a una mujer sobre su espalda en la segunda fase del parto es la peor de todas las posiciones posibles, sin embargo se coloca a las mujeres en esta posición en prácticamente todos y cada uno de los hospitales de España.

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

En lo que respecta el parto quirúrgico, no más del 10% de los bebés necesitan del uso de fórceps o ventosas para nacer, pero en los hospitales españoles un 18% de los bebés nacen con estos instrumentos quirúrgicos no exentos de riesgos. Tomando como referencia la mejor evidencia científica, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado que no haya más de un 10% de cesáreas en hospitales generales y no más de un 15% en hospitales especializados a los que se suelen transferir casos especiales. Sin embargo, en España hay un 23% de cesáreas en los hospitales públicos y un 31% en los hospitales privados. Estos datos del número de cesáreas revelan tres serios problemas acerca de la atención obstétrica en España. 1) Existen 36,000 cesáreas innecesarias cada año en España, que hacen correr riesgos serios a todas esas mujeres y sus bebés y que además suponen un despilfarro de una gran cantidad de dinero. 2) El 40% de las mujeres en España no paren a sus hijos puesto que estos les son extraídos por medios e instrumentos quirúrgicos. Resulta ridículo pensar que el 40% de las mujeres de España son incapaces de parir. 3) Las mujeres con menos recursos económicos tienen en general una salud más precaria y por tanto, más complicaciones obstétricas a priori que las mujeres que acuden a hospitales privados. Por esta razón, las mujeres que dan a luz en hospitales públicos necesitarían más cesáreas que las mujeres que dan a luz en hospitales privados. El hecho de que haya un mayor porcentaje de cesáreas en los hospitales privados que en los públicos en España sólo puede explicarse por la necesidad de los hospitales privados y los médicos de hacer más dinero.

En vista de la atención maternal hospitalaria tan agresiva en España con tanta intervención innecesaria y peligrosa, no resulta sorprendente que muchas mujeres prefieran parir fuera de los hospitales. La cuestión relevante no radica en si el parto extra-hospitalario resulta seguro, sino más bien si el parto hospitalario en España no entraña riesgos.

¿Quién atenderá los partos de bajo riesgo?: La matronería

Las comadronas se encuentran justo en el medio de la lucha entre los dos modos de ver el parto. Y la cuestión clave de la matronería es la autonomía. ¿Tienen las comadronas la posibilidad de practicar la auténtica partería que respeta la naturaleza y los cuerpos de las mujeres, que facilita el tipo de parto que enriquece y fortalece a la mujer y que permite que el nacimiento pertenezca al ámbito de la mujer y la familia? ¿En realidad las comadronas están "¿con la mujer?", y no son más que asistentes de los obstetras?

La autonomía de las matronas ha atravesado un extraño ciclo de evolución en los últimos 200 años. Antes de que los hombres invadieran los dominios del parto, las parturientas y sus comadronas eran independientes. A medida que la medicalización del parto progresa, tanto comadronas como parturientas pierden cada vez más autonomía hasta que las mujeres dejan de tener control sobre su propio parto y las comadronas se convierten en poco más que unas esclavas de los médicos.

Entonces surge una reacción cuando las mujeres y las comadronas comienzan a reclamar su autonomía. Aunque todo el mundo sabe del poder del cuerpo médico, siempre que las mujeres y las comadronas se alían y se organizan, resultan más poderosas y ganan más y más independencia. En algunos casos incluso, las comadronas y las mujeres parturientas recuperan su total autonomía, y con ella, el control de los servicios de maternidad y sus propios partos. Este círculo de evolución demuestra cómo la autonomía de las mujeres y la independencia de las comadronas resulta interdependiente. Hoy día, existen lugares en el mundo que ilustran todas las fases de esta evolución que, generalmente progresa hacia la autonomía de las comadronas que asisten a mujeres de parto, independientes, en un sistema que combina lo mejor del modelo médico y el modelo social del nacimiento.

Una investigación científica considerable ha probado 4 importantes ventajas de la matronería independiente: las comadronas resultan más seguras en los casos de partos de bajo riesgo, realizan menos intervenciones innecesarias, resultan más baratas y proporcionan una mayor satisfacción.

Después de revisar la amplia evidencia de la seguridad de las comadronas, un artículo recientemente publicado en una revista obstétrica concluía: ¿La búsqueda de literatura científica fracasa a la hora de encontrar un solo estudio que demuestre peores resultados con comadronas que con médicos en mujeres de bajo riesgo. La evidencia demuestra que la atención primaria que proporcionan las comadronas es tanto o más segura incluso que los cuidados de los médicos?.

La segunda ventaja de las comadronas sobre los médicos como asistentes primarios en el parto es una drástica reducción en los índices de intervenciones invasivas innecesarias. La evidencia científica muestra que, en comparación con los partos atendidos por médicos, los atendidos por comadronas presentan según las estadísticas muchas menos amniotomías, mucho menos uso de fluidos o medicación intravenosa, menos monitorización fetal electrónica de rutina, menos uso de narcóticos, menos uso de anestesia, incluido el bloqueo epidural para el dolor del parto, menos inducción y aceleración del parto, menos episiotomías, menos fórceps, menos extracciones por ventosas, menos cesáreas y más partos vaginales después de cesáreas.

Los datos que demuestran esta relación entre la matronería y los índices menores de intervención sugiere una hipótesis: el grado de reducción en los índices de intervenciones innecesarias depende directamente del grado de autonomía de las comadronas. Por ejemplo, en los hospitales de Estados Unidos donde las comadronas tienen poca autonomía, el índice de cesáreas en un año reciente fue del 24%, mientras que el mismo año en Estados Unidos, en casas de partos independientes donde las comadronas poseen una mayor independencia, el índice fue de un 12%, e incluso ese mismo año, en partos planeados en casa en Estados Unidos, donde la comadrona tiene una autonomía total, el índice de cesáreas se redujo a un 6%. En los ensayos randomizados realizados recientemente en Escocia, la disminución en los índices de intervención que se da con las comadronas en comparación con los médicos era irregular, con una reducción significativa en algunas intervenciones pero no en otras, lo que sugiere que la posibilidad de las comadronas de reducir las intervenciones está influida por los médicos que las rodean en el hospital. (6, 7).

La tercera ventaja del empleo de comadronas como principal asistencia en el parto, para la mayoría de los partos consiste en la reducción de costes. Por ejemplo, un estudio constató un ahorro de 500 dólares americanos por cada caso de parto atendido por una comadrona.

Otra ventaja de la asistencia por parte de las matronas, a menudo denostado por aquellos que prefieren seguir el modelo médico, es la satisfacción con la asistencia por parte de la embarazada y la parturienta. El modo de abordar esta etapa por parte de la matronería pone su énfasis en la importancia de la satisfacción de la mujer. La evidencia en la literatura científica resulta aplastante: la atención por medio de comadronas resulta, según las estadísticas, más satisfactoria para la mujer y su familia de un modo muy significativo.

¿Qué pueden hacer las comadronas para ganar más autonomía? La primera estrategia consiste en utilizar la evidencia científica. Toda la información científica anterior sobre las muchas ventajas de los cuidados de las matronas puede ser difundida entre los políticos, las autoridades sanitarias y, sobre todo y con mayor importancia, entre los medios de comunicación y el público.

Otro modo importante de conseguir mayor autonomía para las comadronas es una estrategia usada ampliamente en muchos países: salir de la situación de encontrarse bajo control de los médicos. Esto debe empezar con la erradicación de la idea totalmente equivocada de que las comadronas tienen que ser "supervisadas" por los obstetras. Las comadronas son profesionales autónomos que proporcionan ciertos cuidados. Si el médico de cabecera oye un murmullo y envía al paciente a un especialista en cardiología no significa que el médico de cabecera sea un ayudante del cardiólogo y, en cierto modo, menos competente, sino que el cardiólogo posee una especialidad diferente de la del médico general, es experto en determinadas complicaciones. El cardiólogo y el médico de cabecera son profesionales a la misma altura, que colaboran con respeto mutuo para proveer al paciente de la atención de mejor calidad.

¿Dónde tiene lugar el parto de bajo riesgo?: El parto extra-hospitalario.

Parto en casa.

Siempre ha habido y siempre habrá mujeres en cualquier parte que escogen el parto en casa y necesitan a una comadrona para asistirlo. Sin embargo, en la actualidad, como resultado de décadas de propaganda acerca de lo peligroso que es el parto según los médicos, que a su vez necesitan de la seguridad de los hospitales, hay muchas mujeres que han caído en el mito de que el parto en casa es peligroso.

Resulta increíble que algunas organizaciones obstétricas todavía practican la misma política oficial en contra del parto en casa que suscribieron atrás en los años 70. En aquella época, los partos planeados en casa no se diferenciaban de los partos extra-hospitalarios no planeados y precipitados que, por supuesto, tenían una alta mortalidad debida a nacimientos en taxis, etc. En aquel entonces, cuando se separaron los partos planeados en casa, se probó que obtenían tasas de mortalidad perinatal tanto o más bajas que los partos hospitalarios de bajo riesgo. Una amplia literatura científica documenta esto, incluyendo las situaciones en las que la persona que atiende el parto en casa es una enfermera comadrona (8) o cuando es una comadrona de acceso directo (9-11). Un meta-análisis de la seguridad del parto en casa, publicado en 1997, demuestra concluyente la seguridad del parto en casa e incluye una excelente revisión de la literatura.

Casas de partos o centros de nacimiento.

A causa de la aterradora propaganda de la profesión obstétrica acerca de lo peligroso que resulta el parto, muchas mujeres desean la libertad de controlar su propio parto, pero necesitan de la "seguridad" de una institución. ¿Cómo pueden hoy las mujeres controlar su parto y fortalecerse con él y ser asistidas por una comadrona independiente y a la vez sentirse cómodas y protegidas por una institución? Eligiendo una casa de partos alternativa, independiente, es decir, extra-hospitalaria y dirigida por comadronas.

La primera característica esencial de una casa de partos alternativa radica en que está libre de todo control por parte de un hospital.

En los hospitales, el dolor se define como el mal que hay que fulminar con drogas, en las casas de partos alternativas se comprende que el dolor del parto tiene una función fisiológica y que puede ser aliviado con métodos no farmacológicos, científicamente probados, como la inmersión en el agua, el cambio de postura, la deambulación, el masaje, la presencia de la familia y la continua presencia de la misma persona, atendiendo el parto.

En el hospital, la inducción es frecuente y emplea drogas muy poderosas que aumentan el dolor y que suponen muchos riesgos, mientras que en las casas de partos alternativas, el parto se estimula con métodos no farmacológicos entre los que se encuentran los paseos o la estimulación sexual. En el hospital, el equipo no siempre está presente, sino que va y viene y cambia cada 8 horas, mientras que en la casa de partos alternativa se cuenta con la presencia continua de una comadrona durante todo el proceso. En el hospital, se separa al recién nacido de la madre por diversos motivos, como realizarle un examen, mientras que en la casa de partos alternativa, nunca se separa al bebé de su madre.

La seguridad del parto en casas de partos alternativas se fundamenta también en estudios adicionales realizados en los 90, en los que los resultados de los partos en estos centros (mortalidad perinatal, mortalidad neonatal, puntuación de test de Apgar, índice de bajo peso en el nacimiento) fueron tan buenos o mejores que los resultados de los partos hospitalarios.

Además de la evidencia de la seguridad de las casas de partos alternativas, estos estudios contenían más datos de las características de las mujeres que escogían estos centros para dar a luz.

En comparación con las mujeres que elegían el parto hospitalario, las mujeres que se decidían por el parto en casas de partos alternativas eran mayores, más educadas, con más probabilidades de estar casadas, de ser multíparas y de tener menos ansiedad ante el parto. Después de que su parto en estos centros había pasado, el 99% afirmaba que recomendarían este tipo de parto a sus amigos y un 94%, que volverían a las casas de partos alternativas en un futuro parto. Un estudio randomizado encontró que el 63% de las mujeres que parían en casas de partos alternativas aumentaban su autoestima, mientras que esto sólo ocurría en un 18% de las mujeres que parían en el hospital.

En lo que concierne a la promoción de la lactancia materna, estudios realizados en Estados Unidos, Dinamarca y Suecia demuestran importantes aumentos de porcentaje de lactancia con éxito en las mujeres de las casas de partos alternativas.

El público necesita información sobre la seguridad del parto extra-hospitalario y sobre qué tipo de parto apoya y fortalece a la mujer y qué tipo roba a la mujer su integridad y su libertad.

Esta educación del público general debe ayudarse de los medios de comunicación y apoyarse sobre todo en la mejor evidencia científica.

Puesto que los países en el nuevo milenio se están alejando poco a poco de los restos del feudalismo médico en su sociedad y caminan hacia unos servicios sanitarios democráticos, el sistema autoritario de atención al parto que encontramos hoy se convertirá en una situación cada vez más difícil de sostener.

Al final, en el nuevo milenio, los países contarán con sistemas de servicios de maternidad que se encontrarán bajo control público, atendidos por comadronas, basados en la evidencia, rentables económicamente y que rinde honor a la libertad de las mujeres y las familias de elegir dónde y cómo traerán al mundo a sus hijos.

ESTA ES MI HISTORIA

D. Jesús Sanz Sánchez - Comadrón

¡¡ PARIR ES COSA DE MUJERES!! Me gustaría pensar que no es así, que los hombres también podemos tener un papel en el parto y nacimiento. Pero incluso yo me cuestiono este papel.

Deseo que no se una cuestión de género, sino de energías, de las energías que se mueven en el parto, y creo que todos tenemos ese tipo de energías. Ya sean femeninas o masculinas, es cuestión de que predominen unas sobre otras, en función de en qué momentos. Incluso esto que les acabo de contar también me lo cuestiono. ¿No será una justificación más para seguir ostentando un poder que no me pertenece?.

Les voy a contar una historia, la historia de un niño de 9 años que se despertó una noche de Reyes y se encontró con el mayor regalo que podía tener. Presenció el nacimiento de un bebé, de su sobrino. Vio a dos mujeres fuertes, decididas, solas. Vio cómo su madre abrazaba a su hija y cómo ayudaba a nacer a su nieto, su primer nieto. No había hombre, sólo mujeres y dos niños varones, el que acababa de nacer y el que observaba todo desde la rendija de una puerta. Ellas no se dieron cuenta de su presencia. Nadie lo vio, pero para aquel niño, aquél fue su mejor regalo de Reyes. Vio algo mágico, algo sagrado, impactante y fuerte. Algo que llenó sus ojos de asombro y admiración, que le llenó por completo. El niño dio media vuelta y se acostó. Pero no pudo dormir y pensó que sería bonito sentir para siempre esas sensaciones. ÉL DESEABA VER NACER A BEBÉS. El tiempo pasó y la vida se encargó de que el deseo de aquel niño se hiciera realidad.

Ésta es mi historia, el porqué asisto partos en casa y renuncio a trabajar en hospitales.

Jesús Sanz Sánchez
Comadrón

TENDER LA URDIMBRE **El parto es una cuestión de poder**

Dña Casilda Rodríguez

Podemos datar el comienzo del parto con dolor y del nacer sufriendo, porque desde hace unas décadas estamos presenciando los efectos de la llamada 'revolución arqueológica' que comienza después de la II Guerra Mundial. Se trata del desenterramiento físico de la sociedad pre-patriarcal.

El nacimiento es un acto sexual que se realizaría con la máxima gratificación del placer si la sexualidad de la mujer que pare no estuviese destruida.

Lo que impulsa la rueda de la vida no es el dolor sino el placer.

¿Por qué le estorba al Poder la sexualidad femenina? ¿Por qué necesita que el parto y el nacimiento sean dolorosos, y cómo consiguieron que fueran así?

La respuesta es: por la cualidad específica de la libido materna y su función en la vida humana autorregulada, tanto en el desarrollo individual de cada criatura humana, como en las relaciones sociales, y en la formación social.

Vamos a verlo más despacio:

Las producciones libidinales se producen para la autorregulación de la vida y su conservación. La sensación de bienestar que producen sus derramamientos y acoplamientos es la guía -como lo era la estrella polar para los navegantes- de que todo está funcionando armónicamente, que todo va bien. La libido femenino-materna se sitúa precisamente en el principio, para acompañar la aparición de cada ser humano, y es imprescindible para que el desarrollo de cada criatura sea conforme a su condición y al continuum humano; para producir el bienestar y la autorregulación de la vida.

En todos los mamíferos hay un **'imprinting' o atracción mutua** entre la madre y el cachorro, pero en la especie humana, que somos una especie neoténica con un prolongado período de extrogestación y no sólo de crianza, este 'imprinting' se produce con una enorme producción libidinal para sustentar todo ese período de inter-dependencia. Como dice Balint (18) se trata de un estado de simbiosis (y no una serie de acoplamientos puntuales) entre madre-criatura que necesariamente implica la mayor catexia libidinal de toda nuestra vida.

El cuerpo materno durante la extrogestación es nuestro nexo de unión con el resto del mundo durante la etapa primal, porque desde ese **estado de simbiosis** se pueden reconocer nuestros deseos y necesidades; a la vez que ese estado potencia las facultades y energías necesarias para satisfacerlas.

Ahora bien, nuestra sociedad actual no tiene nada que ver con la vida humana autorregulada; desde hace 5000 años vivimos en una sociedad que no está constituida en función del bienestar de sus componentes sino en función del Poder. **Y por eso al Poder le estorba la sexualidad de la mujer, los cuerpos de mujeres que secretan líbido materno.**

Una sociedad con cuerpos femeninos productores de líbido materno es incompatible con el proceso cotidiano de represión que implica la educación de niños y niñas en esta sociedad. La socialización patriarcal exige que la criatura se críe en un estado de necesidad y de miedo; que haya conocido la indiferencia, el dolor y sobre todo el miedo a la muerte por abandono, que es lo que psicósomáticamente percibe cualquier cachorro de mamífero cuando se rompe la simbiosis. Por eso la sociedad patriarcal se ha ocupado a lo largo de estos milenios de romper la simbiosis madre-criatura (Michel Odent), para que nada más nacer la criatura se encuentre en medio de un desierto afectivo, de la asepsia libidinal, y de todo tipo de carencias físicas, para las que su cuerpo no estaba preparado. Desde este estado, que es el opuesto al de la simbiosis, organiza su supervivencia a cambio de su sumisión a las normativas previstas por la sociedad adulta, a cambio de ser 'un niñ@ buen@', es decir, que no llora aunque este sól@ en la cuna, que come lo que decide la autoridad competente y no lo que la sabiduría de su organismo requiere; que duerme cuando conviene a nuestra autoridad y no cuando viene el sueño; que se traga sus propios deseos para, ante todo, obtener una aceptación de la propia existencia que ha sido cuestionada con la destrucción de la simbiosis; complaciendo a l@s adult@s y a nuestras descabelladas conductas, sometiéndose inocentemente a nuestro Poder fáctico, se acorazan, automatizan y asumen las conductas convenientes a esta sociedad de realización del Poder -llámese dinero, eficacia, productividad, etc.- Así comienza la pérdida de la sabiduría filogenética de 3600 millones de años y el acorazamiento psicósomático.

El acorazamiento tiene dos aspectos básicos: 1) la resignación ante el propio sufrimiento (condición emocional para la sumisión) y 2) la insensibilidad ante el sufrimiento ajeno (condición emocional para ejercer el Poder). Es decir, que para sobrevivir en este mundo hay que congelar la sensibilidad emocional específica de las relaciones de ayuda mutua de la vida humana autorregulada: pérdida de la inocencia, pérdida de la confianza puesto que no hay reciprocidad: una congelación y un acorazamiento necesarios para luchar, competir e imponerse sobre el de al lado, en la guerra de conquista de posiciones, de escalada de peldaños, de expropiación y de acaparación; porque aunque sólo pretendamos sobrevivir, en este mundo para no carecer hay que poseer, y para poseer hay que de algún modo robar y devastar, y para devastar y robar hay que ser capaces ejercer la violencia contra nustr@s [herman@s](#).

Para lograr este acorazamiento psicósomático se necesitan cuerpos de mujeres que engendren y paran sin desarrollo sexual y libidinal.

La diada madre-criatura y el despliegue de la líbido materno en los ginecogrupos creaba lo que Martha Moia llama la urdimbre del tejido social, sobre el que se entrecruzaba la actividad del hombre, la trama. Este encaje de urdimbre y trama daba como resultado ese tejido social de relaciones armónicas, por el que transcurrir la líbido autorreguladora sin bloqueos ni trabas.

Una sociedad con madres patriarcales, que no son verdaderas madres sino un sucedáneo de madres, que no crían a su prole para el bienestar y para su integración en un tejido social de relaciones armónicas que ya no existen, sino para el de la guerra y la esclavitud. (27) Como dice Amparo Moreno *sin una madre patriarcal que inculque a las criaturas 'lo que no debe ser' desde su más tierna infancia, que bloquee su capacidad erótico-vital y la canalice hacia 'lo que debe ser', no podría operar la ley del Padre que simboliza y desarrolla de una forma ya más minuciosa 'lo que debe ser'.*(28)

La destrucción de la maternidad no sólo destruye algo básico en el desarrollo físico y psíquico de cada criatura, sino también y correlativamente, lo básico de nuestra condición social y de nuestra sociedad.

El amor que nos sale de las vísceras, a diferencia del que dicen que sale del alma escondida tras los cuerpos acorazados, sólo sabe complacer y aplacer a los hij@s y es incompatible con el sufrimiento y con la angustia que presiden su socialización en este mundo.

TENDER LA URDIMBRE... He intentado explicar por qué el parto es una cuestión de Poder.

Parir con dolor no es una cuestión médica, ni una cuestión de la salud de nuestros cuerpos individuales. Recuperar el potencial sexual femenino y revitalizar nuestros úteros es una revolución social contra 5 milenios de cultura patriarcal, porque la sociedad actual no puede funcionar con cuerpos de mujeres que secreten líbido materno.

El malestar de nuestra cultura se debe a todo lo que desencadena la robotización de la función materno, al desquiciamiento de la sexualidad, las relaciones patológicas y el desierto afectivo que este desquiciamiento produce. Lo malo del chupete, por ejemplo,

no es que el pezón sea de plástico, lo peor es el cuerpo que falta detrás del chupete. Lo peor es la orfandad, la falta de calidez (32). Este mundo es inhóspito, porque han matado a la madre y todos y todas somos huérfan@s (27), y por eso no nos podemos reconocer como herman@s.

No debe extrañarnos que la lucha contra los hábitos y costumbres de la maternidad patriarcal encuentre tanta dificultad. Creo que para ir abriendo camino hay que poner en marcha la ayuda mutua práctica y cotidiana entre las mujeres; así como un nuevo tipo de relación entre hombres y mujeres que recupere el espacio y el tiempo de la maternidad. Pues nuestros cuerpos vivos sólo necesitan un poco de conciencia para desatar toda su potencia sexual, un caudal infinito latente de energía y pasión por el bienestar de los demás. Sabemos que el destino de todos los cuerpos femeninos y masculinos, es hacerse regazo y no coraza. Además están ahí nuestros hijos e hijas, nuestras criaturas, reclamando su derecho a tener madre, a nacer gozosamente y a encontrar un mundo donde vivir con calidez y armonía.

Hay que recuperar la transmisión por vía oral de la verdadera sabiduría de lo que es bueno y de lo que es malo; esta es una vía que es mucho más difícil de controlar y manipular para cambiar el significado de las cosas. Hay que correr la voz. Se acabó el acceso prohibido a la ciencia del bien y del mal. Se acabó el Hades y todo lo que allí ocultaron. Las mujeres tenemos que contarnos muchas cosas. De mujer a mujer, de mujer a niña, de madre a hija, de vientre a vientre.

Porque lo que se plantea no es una preparación al parto distinta, que comenzase con cada gestación. Es la recuperación de una sexualidad que debe impregnar todas nuestras vidas y las de nuestras hijas, desde pequeñas. Para parir con placer, hemos de empezar por explicar a nuestras hijas que tienen útero, que cuando se llenan de emoción y de amor, palpita con placer; recuperar las verdaderas danzas del vientre, para que cuando lleguen a la adolescencia no tengan reglas dolorosas, sino que se sientan en ese estado especial de bienestar similar al de la gravidez.

Hemos de re-conquistar nuestros cuerpos y re-aprender como mecer nuestro útero, como conectar sus inervaciones voluntarias con las involuntarias; sentir su latido y acompañarlo con todo nuestro cuerpo. Que la exuberancia de nuestra plena sexualidad acabe con las contracciones dolorosas y sólo haya el movimiento palpitante de nuestros músculos relajados y vivos.

Para restablecer la armonía entre los sexos tiene que haber sexo femenino; para que haya encaje armónico entre la urdimbre y la trama, hay que tender primero la urdimbre. **Hay que recuperar la maternidad, el espacio y el tiempo de la simbiosis primaria.**

EL BEBE NO ES UN ADULTO PEQUEÑO IDIOTA

Dra. María Jesús Balbas

Para comenzar quiero dar las gracias al comité organizador por haber tenido la gentileza de invitarme, por haberme dado la oportunidad de participar en este encuentro. Quiero dar las gracias a todos los que con vuestra presencia habéis hecho posible este congreso y desde este presente eterno seguir apostando por un parto humanizado que significa seguir apostando por la vida.

Este camino que emprendimos como mujeres madres y como mujeres profesionales. Es un camino sin huellas (como todo lo que está vivo). Pero no somos caminantes desasosegados que quieren llegar a la cima, sino que somos conscientes que al andar (como dijo el poeta) se hace el camino, que en cada paso del camino se encuentra aquello que hace que el camino sea camino. “Los pájaros y los santos” no dejan huella; son inocentes

Inocente es el recién nacido como cualquier cachorro, e inocente es la hembra de cualquier mamífero, y por supuesto la hembra humana.. IN-NOCENTE (non nocere), no hiera, no hace daño.

Por eso toda la parafernalia que rodea al parto debe ser inocente. El parto como acto sagrado, la crianza, el bebé, pertenecen al reino de la gracia, al reino de la libertad, la libertad entendida como el abandono de la manipulación y todo inmerso en la vida como acto continuo de sorpresa ante la misma vida: el Kairós.

Pero el hombre occidental de nuestros días privado de un soporte tradicional, cultural y religioso, privado de identidad siente que vive cada vez más sojuzgado en un universo alienante y alineado cuyo centro no es ni siquiera el mismo. Carente de un punto focal en el espacio huye hacia delante intentando controlarlo todo y devastando todo a su paso en un intento de situar este centro en el futuro. La crisis es profunda pero no sirven paliativos.

No se trata de una nueva actitud del ser humano frente a la naturaleza, lo que se necesita es una conversión, un cambio radical, una metanoia. Mientras el hombre permanezca enemistado con la tierra, mientras se relacionen como amo y criado, nunca se encontrarán.

Es necesario un cambio de conciencia, un cambio de conciencia que permita el misterio. Al decir misterio no me refiero a algo por descubrir, por resolver; hablo del misterio en el sentido más profundo de la palabra, algo irreconocible, algo que va mucho más allá de la comprensión humana. Significa el desafío de permanecer quieto, en silencio ante lo desconocido.

Sólo desde ahí sin intentar cazar nada, ni conquistar nada, podremos estar en el corazón de la vida.

Nuestro cerebro está diseñado en tres niveles, un cerebro antiguo, primario : el paleocortex ; un cerebro emocional: el sistema límbico, el mamífero y un cerebro racional: el neocortex, la corteza. Desgraciadamente hemos hipertrofiado el neocortex despreciando a los otros dos. Este desprecio en cada uno de nosotros tiene su expresión social en el patriarcado y en la desvalorización y el desprecio absoluto de valores femeninos como cuidar, nutrir, albergar, acoger. Valores inocentes, valores que no hacen daño.

Todo el parto y la crianza está inmerso en esta inocencia, y el bebé es una fantástica experiencia de unidad, de misticismo, de misterio.

“Un toque de hermoso sonido azul, de olor parecido a fresas y manzanas es lo que se siente cuando mamá se acerca. Se acerca envuelta, por un olor turquesa de charla que arrulla , y un perfume dulce e intenso color caramelo.”

Los recién nacidos viven inmersos en olas en las que se ha fundido visión, sonido, tacto, gusto y especialmente olor. La estimulación de un sonido estimula otro es una experiencia de sinestesia. Todos los sentidos tejen una trama de afecto y ternura que se expresa como una cascada radiante.

Estamos en el corazón del sistema límbico y del paleocortex.

El rinencéfalo, constituido por paleocortex, tracto y bulbo olfatorio, constituyen la parte más antigua de nuestro telencéfalo. Si se dañan neuronas de los ojos o de los oídos ambos órganos quedarán dañados irreparablemente. Pero las del rinencéfalo se reemplazan en 30 días.

Nuestro mundo occidental obsesionado por el método científico ha descuartizado todo para examinarlo minuciosamente, pero no le ha prestado atención al rinencéfalo.

Es curioso que tanto las ovogonias como las espermatogonias sean emigraciones de este tejido, el origen de la vida.

Pero el rinencéfalo es algo demasiado primario, animal, femenino ,e incluso para estudiarlo. Ni siquiera es objeto de interés para los doctores en ciencias morfológicas.

Nos agrada pensar que somos criaturas magníficamente evolucionadas, con nuestro traje y nuestra corbata, gente que vive a muchos milenios y a muchos circunvalaciones cerebrales de distancia de la caverna, pero nuestros cuerpos no están tan seguros de ellos. Podemos hablar de tecnologías sofisticadas, pero nuestra adrenalina sigue fluyendo cuando nos enfrentamos con depredadores reales o imaginarios.

Seguimos percibiendo el mundo en toda su móvil belleza u su terror, allí mismo, en el latir de nuestro pulso.

Hacemos todo lo posible para huir de esta realidad que nos hace más animales, más impredecibles, y más vulnerables

Pero si queremos resolver esta crisis, necesitamos volver a sentir las texturas de la vida.

¿ En qué momento comenzó el desprecio de las mujeres, del parto, de la crianza, y por ende de lo femenino, de lo animal, de lo diferente, de las minorías, y de la tierra?

¿En qué momento tuvo más valor lo prepotente que lo vulnerable?

¿En qué momento de la historia de la humanidad la manipulación y el poder se convirtieron en el estilo habitual de las relaciones humanas?

¿ Por qué despreciamos a los animales, sometemos a la tierra, medicalizamos el parto, institucionalizamos a nuestros bebés y mantenemos secuestrado a nuestro cerebro salvaje?

El instinto materno es aquello que inicia el ritual del desarrollo. Estamos en el sistema límbico, en el cerebro mamífero que conforma redes de comunicación entre hipófisis, hipotálamo, amígdala y corteza entre otros. Es la clave del instinto materno, y del instinto de grupo de permanencia, donde se propicia la protección a la familia, a la manada. Es ese embrión de amor que en la escala filogenética florecerá como fraternidad.

Este centro está movido por varios neurotransmisores, pero hay uno muy importante, la dopamina. Podemos hablar de la chispa de la vida. (no es la coca cola)

La dopamina expande su acción en todo el sistema límbico. Se estima que una madre y un bebé durante la crianza producen gran cantidad de dopamina, una mezcla maravillosa de excitación y relajación que se llama placer. Esa relación

misteriosa que incrementa el nivel de energía de ambos sin competencia, sin ejercicio de poder no es otra cosa que el sendero del místico, que consiste en hacer de la belleza una impresión interna.

Si no hay poder ni competencia, ¿qué es lo que hay? Unidad y vulnerabilidad, o unidad en la vulnerabilidad, o vulnerabilidad en la unidad. Si fuésemos capaces de permanecer ahí, en ese instante tempiterno de conciencia expandida en la que sólo soy, estoy, nutro y cuido y me siento a la vez nutrida y cuidada.

Pero ¿cómo soslayar nuestra situación, después de haber cedido el puesto a la corteza, a la imagen? Como dice Alexander Lowen en su libro "narcisismo", "*hemos adoptado valores superficiales como poder, status y éxito, en sustitución de realidades más importantes como amor, familia y fraternidad. Hemos negado los sentimientos y hemos rechazado al verdadero yo. Estamos en un callejón sin salida.*"

Por eso un parto a domicilio es subversivo, como subversiva es una lactancia prolongada, y subversivo es centrar la atención en un pequeño ser humano de unos días o unos meses y escuchar sus mensajes y sus necesidades desde su paleocortex a nuestro paleocortex, y colmarle de cuidados.

Porque en la estructura de este sistema que nos ha tocado vivir una mujer debe parir según un protocolo, la lactancia está prediseñada bajo criterios de productividad laboral y un bebé, no es más que un adulto pequeño e idiota que no se entera de nada, al que hay que institucionalizar.

Debemos recuperar nuestra naturaleza salvaje, porque estamos en peligro de extinción. El otro día leí un artículo que decía que había que acabar con la menstruación porque estaba obsoleta. Ese mismo día oí en la radio que científicos sesudos estaban investigando la posibilidad de tratar con somatomedina a las mujeres embarazadas para cortar el embarazo y reducirlo a dos meses. Estamos locos. Es urgente... es preciso, necesario y urgente recuperar nuestra naturaleza salvaje.

Quizás lo difícil sea el cómo. Acepto la sugerencia de Clarisa Pinkola Estés en su libro "mujeres que corren con los lobos":

"Si prestas atención, el lobo, la más sabia de las criaturas, cuando aúlla hace siempre la pregunta más importante, no ¿dónde está el alimento más próximo, la pele más próxima, o la danza más próxima?

*Sino la pregunta más importante.
Para ver dentro y detrás,
Para sopesar el valor de todo lo que vive
¿Dóóóónde
estáááá el
almaaaa?
¿Dónde está el alma?
¿Dónde está el alma?
Sal al bosque, sal enseguida
Si no sales al bosque jamás ocurrirá nada
Y tu vida no empezará jamás.
Sal al bosque,
sal enseguida.
Sal al bosque,
Sal enseguida."*

¡Buenos días!
Deseo que disfrutemos de este encuentro.
BIENVENIDAS-BIENVENIDOS

Dña. Ángeles Pérez

Hablar de Nacer en Casa, Asociación de ámbito nacional, que reúne a la mayoría de profesionales que asistimos partos en casa, y a los colaboradores y/o simpatizantes de esta tarea, es recordar que pertencí a ella desde pequeña, que ya tenía vocación de comadrona, ejerciéndola cada vez que me era permitido observar-asistir a alguna mujer que había parido. Me gustaba estar delante y mirarla junto a su bebé para saber cómo se sentía la madre, preocupándome si no la veía feliz.

Fui matrona claro.

Pero no me gustaba cómo se asistían los partos, así que decidí trabajar con niños.

Tuve a mis propios hijos y no encontré quién me asistiera en casa.
Parí en el momento en que los partos se “hacían” en el hospital,
Era más moderno. Hoy espero vivir la moda de nuevo asistiendo partos en casa.

De tal suerte, que como rodado me vino el contacto con Mercedes la mujer-comadrona que me incitó a colocar mi vocación en su sitio, y me inició.

La primera mujer que me presentó como comadrona y “madre de cuatro hijos”.

Lo tuvo más claro que yo desde el principio.

Ella es la responsable, junto con mi familia, de que yo esté aquí.

Muchas gracias Mercedes Serrano.

Y un día en que otra mujer, - no podía ser de otra manera-,
quiso parir en casa, le remití a mi maestra, pero ella firmemente mantuvo, que solo le asistía si iba yo al parto.

Y aquí estoy ahora, como estuve entonces.

Desde María y Paloma, hasta Teresa primeros y último partos que he asistido, recordando a cada una de todas las que parieron entre ellas, a todas muchas gracias.

Encontré en Nacer en casa a un grupo de mujeres y tres hombres comadronas, cansadas.

Supuse que la vida de comadrona era dura, porque se vive con intensidad todo lo que acontece en su oficio y en su vida.

Una matrona no es tibia, está rodeada de soledad e incertidumbre, fuertes emociones físicas y espirituales a la vez,

Huela y abraza el roce humano, vitaliza y agota este contacto que espera las 24h. al día cada día de guardia.

Y acompaña con la misma dedicación a mujeres sencillas e ilustres, bailarinas, médicas, amas de casa, ejecutivas, abogadas, actrices, artesanas...etc., mujeres ejerciendo por derecho propio el oficio de madres, como la tierra.

Nuestras familias juegan un papel muy importante de apoyo acompañando, cuidando o escuchando a la comadrona.

Son el reposo de estas guerreras.

Marchan solas en busca de la luz que esperan recibir del bebé que nazca y eso desafía el viaje, la guardia, las dudas, los límites del tiempo, para asistir a un MOMENTO SAGRADO ante el que el ser humano no tiene más remedio que callar, o llorar o rezar o cobijarse en la magia que infunde el milagro de la vida- el nacimiento.

Y va naciendo un poco más de nosotras con cada bebé, en cada parto.

La comadrona vuelve a casa gozosa con satisfacción por la nueva vida y menos sola que se fue.

Pero esto no les producía cansancio a mis compañeras.

¿Qué entonces?

Fui descubriendo poco a poco cómo el acoso, el cuestionamiento, cierto desprecio, a veces jactancia, la desconfianza, el rigor... El desconocimiento de nuestro trabajo por parte de las instituciones sanitarias y políticas, de protocolos, en fin, que siguen el parto con parámetros de ordenador, ajenos a la parturienta tanto, que en ocasiones se le ha negado la sensación de contracción ya que no aparecía en el monitor, cuando éste estaba estropeado.

Sin conocer sus deseos, sus preferencias, sin respetar su intimidad ni su dignidad en muchos casos.
No diré desamor, porque el amor no entra en los protocolos ya que es nocivo para el ejercicio de la profesión.
Aunque alguien habla de carioterapia después. Pero no está escrito.

Eso cansaba a mis compañeras. Y me cansa a mí.

No es tan lejano el recorte de prensa en que un eminente toco-ginecólogo opina que las mujeres no pueden decidir sobre su fecundidad.

Si bien otro recorte reciente de una niña más inteligente, en mi opinión, se dirige al Papa contándole que cuando ella nació, su madre le dijo que la había traído la cigüeña.

Y cuando su hermanito nació, también le trajo la cigüeña, le volvió a decir.

Y lo que ella quiere pedir al Santo Padre, es que le pida a Dios que la próxima vez su madre tenga un parto normal.

Así que celebro que estemos aquí para, juntas/os hablar en alto del parto en casa y del nacimiento, lo cual necesita apoyo y respeto por parte de los gobiernos, tanto para las mujeres y sus bebés, como para sus familias y las comadronas que ejercen su derecho y su obligación de decidir y participar en el cuidado de su salud y de sus vidas.

Trasladamos a los dirigentes nuestra petición de que se realicen los cambios necesarios en las instituciones en cuanto a recursos materiales y humanos se refiere, incluidas actitudes de los profesionales, que garanticen el respeto a la elección y participación de la mujer y su pareja en el parto, devolviendo la dignidad y el protagonismo a La madre, al bebé y al padre.

Espero que aquí se recojan conclusiones que aboguen por empezar la vida de forma natural escuchando, respetando y apoyando a las mujeres en sus partos tal como y donde hayan decidido que sean.

De manera que haya tantos protocolos como mujeres que paren, uno para cada una.

¿O HAY QUE PEDÍRSELO A DIOS?

En nacer en casa,

Es donde encontré la libertad para expresar

Mi sentimiento y el de la mujer y su pareja

Mi intuición y la de la mujer y su pareja

Mi necesidad y la de la mujer y su pareja

Mis límites y los de la mujer y su pareja

Y mi experiencia de mujer y madre

cuando com.-parto con mujeres y madres

el cuidado de su salud y sus vidas.

Además en la Asociación, intercambiamos información sobre artículos o experiencias de interés para el desarrollo de nuestro trabajo, o propuestas de actuación respecto al mismo, evaluación, etc., en beneficio propio o de las mujeres a las que asistimos y/o sus bebés y familias.

Es lo que compartimos en nuestras reuniones, a las que nos gustaría, estoy segura, que os unierais las/os que sintáis que este es vuestro lugar, tanto para asistir partos, como las madres/padres que apoyéis nuestro trabajo por experiencia o por afinidad, para que nos sustentéis cuando nos derribamos, con vuestra fuerza vital, con vuestra convicción, con vuestro amor.

Quiero terminar con un recuerdo solidario, que dé el coraje necesario a todas aquellas mujeres que, por el hecho de serlo, no pueden disfrutar de la vida.

Para ellas, allá donde estén o aunque ya no estén escuchamos esta nana.

SIMBOLISMO Y RITUALIDAD DE LA PARTERIA TRADICIONAL INDÍGENA EN ECUADOR 1

Por Dr. Raúl Mideros Morales 2

Resumen

En la ponencia se desarrollan los aspectos particulares de la partería indígena del pueblo kichwa, el grupo indígena mayoritario del Ecuador, el cual representa aproximadamente una cuarta parte de la población total del país.

Aquí se presentan los principales elementos simbólicos y rituales vinculados al embarazo, parto y puerperio en el pueblo *kichwa*, mediante descripciones de las prácticas y recursos más tradicionales e importantes. Esta ponencia sobre el mundo simbólico de la partería indígena tiene tres partes: una primera sobre los fundamentos de la cosmovisión kichwa, a manera de referentes semánticos que permitan un mejor comprensión de la razón que asiste a esas prácticas; una segunda sobre los aspectos relacionados con el embarazo, parto y puerperio; y finalmente, el artículo concluye con la mención de algunas de las prácticas obstétricas y las actividades más comunes de las parteras y parteros kichwas. Este trabajo constituye para el autor una aproximación antropológica a la diversidad cultural de saberes y prácticas obstétricas en el ámbito de las medicinas tradicionales de los pueblos aborígenes de Los Andes, no es un estudio exhaustivo y peor analítico, tan solo un trabajo de libre interpretación.

Un mundo con otros sentidos y significados: la cosmovisión

La vida del *runa*³ está organizada, tanto en el plano material como simbólico, por valores y creencias particulares: unos tan antiguos como los orígenes mismos del pueblo Kichwa, otros incorporados tardíamente a la cosmovisión vernácula, a través del intercambio comercial, el vínculo matrimonial, la conquista incaica y el colonialismo hispano, y más recientemente por los medios de comunicación de masas y la influencia de la medicina científica.

La cosmovisión local puede ser comprendida en referencia a las prácticas de salud desarrolladas en tres contextos: *wasi*, *ayllu* y *llakta*.⁴

El hogar, la familia y la comunidad son jurisdicciones íntimamente relacionadas en las que se llevan a cabo actividades relacionadas con el cuidado de la salud de la mujer gestante y la atención obstétrica.

Los sentidos y significados de la realidad local son culturalmente construidas a estos tres niveles y de manera inclusiva: desde el espacio íntimo (*wasi*), donde conviven esposos, hijos y otro(s) pariente(s) cercano(s), hasta el lugar de todos los vecinos (*llakta*), pasando por la familia ampliada (*ayllu*). En cada uno de estos escenarios habitan las fuerzas vitales –de diverso orden– que confieren identidad al mundo simbólico del *runa*.

La humanidad el *runa* es integradora y envolvente, se constituye en conexión directa con su entorno natural, cosa distinta a lo que acontece con el *shukkuna*,⁵ el *misho* (mestizo) o con el blanco.

-
- 1 En esta ponencia se hace uso de la información etnográfica recopilada por el autor en diversas investigaciones realizadas en los últimos cinco años, en la zona norte y central de la Sierra del Ecuador.
 - 2 Médico sanitaria y Antropólogo. Profesor del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar.
 3. El término *runa* designa al “ser humano”, hombre y mujer indistintamente.
 4. *Wasi*: hogar o casa; *ayllu*: familia ampliada con ancestro común; *llakta*: comarca o comunidad.
 5. *Shukkuna*: el foráneo o extranjero, en términos antropológicos “el otro”.

En la mentalidad occidental moderna está muy arraigada la idea de que “lo social” es lo opuesto de “lo natural”, mientras más distancia se toma de lo que es natural o salvaje, más civilizadas y “humanas” resultan las formas sociales y los comportamientos.

En cambio, la racionalidad del pueblo Kichwa está organizada de distinta manera; en ella subyace otra concepción del espacio y también del tiempo, marcados por la omnipresencia de su entorno natural y social. La concepción del tiempo cíclico, a diferencia del tiempo lineal que gobierna los ritmos productivos del “hombre moderno”. En esta circularidad temporal, el pasado está “al frente”, delante de nuestros ojos, es lo que alcanzamos a ver; mientras el futuro se lo carga en las espaldas, está por detrás.

El tiempo y el espacio no existen como entidades autónomas. Los desplazamientos a través del espacio son simultáneamente desplazamientos temporales que se manifiestan en lugares concretos: *wasi*, *ayllu* y *llakta*.

Los principios cosmológicos que organizan el mundo local se expresan con mayor fuerza entre los grupos ligados a un tipo de economía agraria y un estilo de vida comunitario, éstos son: *pacha* y *kawsay*.

En el marco de la vida doméstica, familiar y comunitaria, estas ideas nucleares o “principios de acción” (no equiparables a los “conceptos” de la racionalidad occidental) consagran –ritual y alegóricamente–, y encauzan –normativa y moralmente– las relaciones sociales, ecológicas y cósmicas, a todo nivel. A partir de ellas se organizan los valores, las actitudes posibles y la comprensión de la vida.

***Pacha*: el orden cósmico**

Las relaciones entre el *runa* y la *Pachamama* 6 son centrales en la vida comunitaria y están revestidas de ritualidad. Así, por ejemplo, ciertas plantas o sus frutos no deben ser señaladas con el dedo porque “cogen” a las personas, enfermándolas o produciendo alguna dolencia; cuando se bebe de un río o de una fuente desconocida, se tiene el cuidado de soplar un bocado de agua para evitar que “coja el agua”.

*Pacha*7 designa el orden cósmico global y abarcador; como sustantivo o como forma ligada a otro sustantivo; *pacha* significa totalidad, abundancia, plenitud, evidencia, y la condición de *runa* implica el goce a plenitud de su cosmos. Este atributo está expresado lingüísticamente en expresiones como *runapachami kani*, “soy mismo un ser humano”. Se trata de una representación cultural que se construye a partir del hecho concreto de la existencia de la tierra (pluralidad de elementos) como fuente de la vida. *Pacha* es un principio que se elabora a partir de lo experiencial y vivencial, por consiguiente, no se refiere a un concepto primordial y abstracto sino a una composición, a un encuentro de elementos complementarios entre sí: hombre-mujer, *ayllu-llakta*, etc.

Pacha no se refiere solo al orden humano, puesto que define tanto las relaciones que el *runa* establece dentro de sus espacios vitales: *wasi*, *ayllu* y *llakta*; así como también una percepción y valoración de sí mismo, de sus actos y de sus juicios: *runapachami kani* (yo soy un ser humano cabal y pleno).

En los elementos que constituyen la *pachamama* se expresa la vida en sus múltiples formas; es así como el arco iris, los cerros, las nubes, ciertas plantas, etc., en situaciones y condiciones específicas “cogen” a las personas, debilitándolas o produciendo enfermedades, en unos casos, y, en otros, fortaleciéndolas. La naturaleza está dotada de vida, se comunica y participa de las interacciones vitales del *runa*.

Las montañas y las colinas son personificadas, tanto en el lenguaje coloquial y mucho más en el lenguaje ritual de la partería. En muchos casos son seres dotados de identidad sexual: hombres o mujeres. El Imbabura es *cari urcu*, ‘hombre montaña’, y el Cotacachi es *huarmi urcu*, ‘mujer montaña’; el Imbabura le enamora a la Cotacachi” 8.

Para el pueblo Kichwa, los ritmos de la *pachamama* (naturaleza) son normativos: el *runa* trata de capitalizar para sí las fuerzas cósmicas, ecológicas y sociales, de concentrar las energías que emanan de ella. Por ejemplo, en el ámbito de la *llakta* existen lugares que son reconocidos como fuentes de poder, es el caso de las cascadas.

En estos lugares el poder de la vida es sacralizado y ritualizado con el propósito de recuperar energía, limpiando y purificando el cuerpo.

La concepción que se tiene de la salud y la enfermedad es fundamentalmente de equilibrio y desequilibrio energético, por tanto el acto de limpieza tiene una connotación más bien bioenergética que higiénica o moral: las energías positivas ingresan al cuerpo y las energías negativas salen.

6. *Pachamama*, o *Pacha Mama*, es un vocablo de origen aymara-quichua cuya traducción literal es “Madre Tierra”, y que en la cosmovisión kichwa es asumida como el “centro vital” de la existencia de todos los seres vivos, la naturaleza misma.

7. El morfema *pacha*, significa plenitud, lo verdadero, afirmación de algo.

8. Imbabura y Cotacachi son montañas que delimitan por el Oeste y el Este la zona indígena de Otavalo.

Como se podrá apreciar, la condición social del *runa* está en estricta correspondencia con su ubicación cósmica. Para el *runa* es de vital importancia saber interactuar con la pachamama, conocer las fuerzas positivas y negativas que forman parte de ella. Esto supone aprender a cuidarse. Cuidar el cuerpo implica “vivir bien”,⁹ en armonía con los demás y con el entorno vital. Así como las fuentes de vitalidad (*sinchi*) también las generadoras de enfermedad están presentes en *wasi*, *ayllu* y *llakta*. Por ejemplo, el *mal aire*, un tipo de malestar que frecuentemente aqueja a las mujeres embarazadas y por el que consultan a la partera, es producido por la cercanía a lugares potencialmente peligrosos porque son lugares que quitan energía vital.

Esta dolencia “se coge” al pasar por una quebrada, por un cementerio, por casas antiguas y abandonadas, cerca a piedras grandes, en las noches frías y oscuras. Se caracteriza por dolor de estómago y cabeza, alza térmica y con frecuencia se acompaña de diarrea y malestar general.

El conocimiento local de este tipo de “enfermedades del campo” va ligado a una conducta de precaución y de respeto al entorno, se podría afirmar que existe una adecuación al medio y a los ritmos de la naturaleza; así, por ejemplo, el ciclo lunar es determinante en el ritmo de las actividades del *runa* que vive en el *llakta*, en la comunidad. Cada fase lunar favorece unas actividades e impide la realización de otras; muchas veces, se puede cambiar de planes si las actividades previstas coinciden con alguna fase que es desfavorable.

Por ejemplo, durante la luna tierna se puede castrar a los animales, pero también se espera el parto de las mujeres jóvenes con problemas conocidos de infertilidad. Cuando la luna está llena es tiempo de hacer la chacra, de sembrar habas, papas, trigo, lo que quiera, también se puede cortar leña o madera para construir la casa, y se espera el nacimiento de varones, esto lo explican porque la luna está dura.

***Kawsay*: existencia humana¹⁰**

En las sociedades andinas de tradición kichwa, al parecer, no existió y tal vez todavía no tiene vigencia plena el concepto de “salud”, como acontece en el mundo blanco-mestizo, es más bien la idea de “vida” (*kawsay*) la que se emplea en la acepción del saludo y al desear un buen estado de vida, *kawsachun*.

En la cosmovisión kichwa, *kawsay* es la condición integral que da sentido al hombre en sus distintas relaciones vitales. Estas relaciones son asumidas necesariamente como dinámicas, cambiantes, e inclusivas a distinto nivel.

La noción de vida no se limita a sus dimensiones exclusivamente biológicas, sino que significa de manera más amplia todos los aspectos “saludables” de la existencia humana. En este sentido, lo contrario a la idea de vida no es la enfermedad, sino la muerte. Por eso mismo, la enfermedad en quichua no se refiere únicamente a las dolencias o afecciones orgánicas del hombre, sino que abarca también las de animales y plantas.¹¹

-
9. El vivir bien tiene que ver con los ritmos sociales, ecológicos y cósmicos. Llevar una buena vida es lograr armonizar el ritmo individual con el colectivo (del *ayllu*, *llakta* y *wasi*), y éstos con los ritmos de la naturaleza y la historia. Estas evidencias etnográficas contradicen lo que algunos prestigiosos autores (Estrella, 1990; Hess, 1994) han venido sosteniendo en relación con la explicación de las enfermedades en el mundo kichwa. Estos autores han supuesto equivocadamente que las enfermedades son entendidas como consecuencias necesarias a la violación de normas comunales por parte de quienes sufren. (Hess, 1994: 50).
 10. *Kawsay*, constituiría el núcleo semántico del Sistema de Salud Kichwa. Dentro del mundo *kichwa*, *kawsay* designa a la vida en su más amplio sentido, que engloba tanto el existir, el habitar un espacio como también el alimento, la buena conducta y el buen ánimo. González Holguín en su *Diccionario de la lengua quichua* consigna, como primera acepción de *kawsay*: “el sustento necesario de la vida”. Por tanto, la forma verbal *kawsakuni*, no solo quiere decir que uno está viviendo sino, sobre todo, que “estoy sano”. En este sentido, *kawsay* es la totalidad que abarca todas las contingencias de la existencia que se producen en las múltiples relaciones vitales de la persona con su entorno. Desde este punto de vista, *kawsay* no es una categoría que entra en contradicción con *unkuy*, enfermedad o dolencia, pues aunque *kawsay* (la vida) haya experimentado un debilitamiento, el enfermo no se muere, está vivo; por tanto, el *kawsay* contiene al *unkuy*, entendiéndose que las enfermedades y dolencias son contingencias o manifestaciones de la propia vida.
 11. Cfr. José Sánchez-Parga, “La antropología entre sistema de salud tradicional y sistema médico”, ponencia presentada en el Taller de Medicinas Tradicionales, Universidad Andina Simón Bolívar, UASB, 1997.

Kawsay, en el mundo andino, se despliega y participa de los atributos cósmicos englobados en la noción de *pacha*. *Pacha* es el espacio-tiempo de la vida. No solo tiene vida el *runa*, sino también las plantas, los animales y los otros seres que forman parte del universo mágico-religioso de este pueblo.

La enfermedad también es parte del conjunto vital que engloba *kawsay*, es un estado de desarmonía energética, y en ella podemos distinguir varias gradaciones, a saber: *tinkuy*, el momento del conflicto –exterior o interior–, sobre todo la percepción subjetiva de éste. Entre estas situaciones personales o grupales y la enfermedad propiamente (*unkuy*) media, generalmente, un proceso de debilitamiento corporal y emocional, percibido como pérdida de energía vital y que es provocado por miedos, preocupaciones, etc.; unas veces surge como un presentimiento, o es repentino (*sampay*, *tampay*). Una persona débil y temerosa (estar *irki*) fácilmente cede a la enfermedad, se la presiente, “*tampaylla purikuni*”. Pero si la persona está fuerte (*sinchi*) y alentada (*samayuk*) no se enferma, a pesar de haber experimentado una situación de debilitamiento repentino del cuerpo. Cuando el cuerpo cede (*anchayay*), la enfermedad (*unkuy*) se “levanta” y cobra fuerza.

Para sociedades tradicionales como la kichwa andina, la enfermedad es una contingencia de la misma vida y salud. Y según esta visión el hombre nunca está completamente sano y por consiguiente siempre puede enfermarse hasta el límite extremo de la muerte.

La condición inversa, *alli cay*, estar bien, no solo es un estado corporal personal sino también una manera de vivir con los demás, en armonía consigo mismo, con el resto de seres y con el cosmos. Por esta razón, como se explicará más adelante, los recursos terapéuticos en el mundo kichwa buscan restablecer los equilibrios sociales, ecológicos y cósmicos, actuando sobre las relaciones familiares, comunitarias y con la naturaleza. Este proceso puede desembocar en un cierre del ciclo de la enfermedad dentro de la vida, en el *kawsay*, o provocar el paso a “la otra vida”, la muerte (*wañuy*).

En esta mentalidad no existe la percepción de ruptura entre la vida y la muerte, ni entre salud y enfermedad. Esto mismo obliga a que tanto la muerte sea percibida desde la vida como que la muerte sea representada desde la salud.

Muchos de los problemas de enfermedad se dirimen en una compleja trama cultural de creencias de diversa índole. La religiosidad y espiritualidad es un aspecto primordial que sirve de base para una primera diferenciación que se hace entre las enfermedades: enfermedades de Dios y enfermedades de campo.

Las enfermedades de Dios son aquellas “de afuera”, o “de más arriba”, que son traídas de la ciudad, reconocidas y curadas a través de la medicina científica, como la gripe, el sarampión, la viruela, etc. Son así denominadas porque su causa no está integrada en la nosología local. Algunos autores¹² han interpretado, de manera simplificada, la visión local de este tipo de enfermedades como producto de la voluntad divina, o resultado de un castigo por faltas cometidas individual o colectivamente.

Sin embargo, la dualidad Dios/demonio actualmente tiende a cobrar otro sentido en la población de credo evangélico, quienes atribuyen al demonio las enfermedades del campo. Para este grupo, estas enfermedades se producen cuando las personas no están en comunión con Dios: “creer en las enfermedades de campo es ceder ante las influencias del demonio”, dicen los convertidos al protestantismo.

Cabe anotar que ni dios ni los santos representan necesariamente al bien, tampoco el demonio es una manifestación pura del mal. En este sentido, la gente sabe que existen santos que actúan para hacer el mal a otras personas (“daño”, “mal hecho”, “mal de calle”).

Respecto a los “santos malos”, o “come gentes”, está muy difundida una práctica sobre la cual existe mucho hermetismo, es un secreto a voces que no llega al oído del mestizo: en las principales iglesias existen santos “come gentes”, donde acuden las personas ya sea para hacer el mal o para restablecer la salud.

En esta cultura esencialmente oral el aprendizaje y los procesos de inculturación han estado condicionados por la estrecha relación de subordinación de las jóvenes generaciones a las mayores.

Por otro lado, la gran mayoría de la población, aunque reconoce también las enfermedades de Dios, está más familiarizada con aquellas enfermedades ligadas a fuerzas de la naturaleza. Las enfermedades de campo (EC)¹³ son aquellas que reconocen fuentes de identificación en la propia cosmovisión, es decir, se sustentan en un sistema de creencias y de relaciones vitales con el entorno inmediato.

Partiendo del análisis e interpretación de las representaciones locales de la salud-enfermedad, se constata que la etiología de las enfermedades, estrechamente ligada a la cosmovisión *kichwa*, recibe de ésta un sentido. Este es uno de los principales aspectos diferenciadores del Sistema de Salud Kichwa con respecto del Sistema Médico Occidental (SMO).

12. Cfr. Eduardo Estrella, 1977; Hess, 1994.

13. En *kichwa* se las conoce como: *ayllullaktamanta unkuykuna*. Sin pretender entrar en una discusión exhaustiva vale indicar que en la idea de “enfermedades de campo” se encuentra una visión diferenciadora de la ciudad en un sentido amplio. No solo entran en confrontación las concepciones de salud/enfermedad sino la misma cultura urbana.

En el mundo *kichwa* local, a primera vista resaltan los momentos –tiempo y espacio– de soledad como circunstancias propiciadoras de la enfermedad. Según las creencias de la población investigada, existen “lugares malos” y “malas horas” durante las cuales las fuerzas de la naturaleza influyen en el equilibrio corporal y espiritual de la persona produciendo la enfermedad.

Embarazo, parto y puerperio

Wiksayuk (gestación)

La mujer no acostumbra a comunicar verbalmente de su embarazo a su esposo. Este con el pasar del tiempo se da cuenta, o lo intuye a través de determinados cambios de conducta, porque "al dormir son fastidiosas, escogen la comida, ya no pueden comer bien".

El afecto y las buenas relaciones conyugales se expresan por la capacidad de la pareja, o de cualquier miembro del *wasi* o del *ayllu*, para detectar o intuir la nueva condición de la persona; esta "corazonada" les lleva a acercarse para entablar un diálogo y confirmar la situación en que se encuentra la persona y empezar juntos la búsqueda de soluciones, comunicando e involucrando al *ayllu* y a la comunidad.

Hay familias que durante el embarazo de la madre de familia se organizan, generalmente al mando del esposo, quien es el primero en cuidar del bienestar de la gestante y de los probables peligros o posibles accidentes en los trabajos fuertes. De ninguna manera es un situación ideal, ya el maltrato y violencia intrafamiliar contra la mujer es frecuente en las comunidades indígenas. En algunos casos el hombre disminuye el maltrato por el temor a ser reprendido e incluso castigado físicamente por el *ayllu* y la comunidad, especialmente si es el caso de una pareja joven.

Casi la totalidad de las mujeres embarazadas continúan trabajando en todas las actividades de la chacra y la casa, inclusive algunas de ellas incrementan el ritmo de trabajo durante el primer trimestre de gestación. En una actitud de preparación para recibir al niño se esfuerzan por cargar bultos pesados para poder parir con facilidad, y así dotar de flexibilidad a las coyunturas de la cadera:

Otro grupo de mujeres, las que no son muy consideradas por su pareja o porque su fortaleza física lo permite, no tienen ningún complejo y reparo en trabajar igual que el hombre en cualquier condición en que se encuentren.

Durante el embarazo existe una preocupación mayor por el aseo, se cuida más de la limpieza y el orden.

Hay un considerable número de mujeres, con experiencia, que evitan los excesos físicos porque creen que esto les puede producir un aborto, dificultar o adelantar el parto poniendo en peligro la vida del niño y de la madre.

Las actividades cotidianas que la mujer realiza no varían significativamente por el embarazo, excepto ante la presencia de alguna enfermedad o síntomas de aborto.

El *ayllu* y el hogar se preparan para acondicionar el espacio que ocupará la madre e hij@ recién nacido.

Las familias con niños utilizarán para el recién nacido las ropas dejadas por los mayores. Esta es una de las causas que se aduce para no asistir al hospital, ya que allí "exigen ropa nueva y si no insultan por llevar la ropa usada". Hay que resaltar que ni la capacidad económica de las familias ni las costumbres permiten hacer las cosas de otra manera.

Prohibiciones y libertades durante el embarazo

La mujer lleva su embarazo de acuerdo a ciertos condicionamientos culturales y creencias locales, entre las más comunes destacamos:

Sobre la presunción del sexo del niño: "si el vientre es abultado, en forma redonda será mujer y si por el contrario es puntón, será varón".

La mujer embarazada está prohibida de:

- llevar una cuerda al cuello porque éste sería un agujero de que el cordón umbilical corre el riesgo de enredarse en el cuello del niñ@ al nacer;
- sentarse en un costal porque el niñ@ no podrá salir de la "bolsa de agua" (bolsa amniótica).

Los sueños

El sueño de la embarazada o de algún miembro cercano del *ayllu*, a la fecha de parto, influye mucho para prever peligros y asegurar la visita a la partera, al médico y a la iglesia. Las precauciones van desde la toma de algunos alimentos, aguas medicinales, "limpias", etc.

La comunidad se entera del parto por los sueños de los suyos. Muchos están convencidos de que este tipo de avisos son reales y confían en su eficacia. Por ejemplo, cuando un miembro de la *llakta* ha tenido un "sueño en que esté defecando", éste es un signo claro de que está próximo un parto, o "cuando se sueña una aguja o culebra, el niño será varón".

En ciertos hogares, la madre embarazada va tomando una actitud diferente de acuerdo a estos mensajes del inconsciente colectivo. Por ejemplo, si en el sueño la forma del vientre y los deseos tienen relación con las características de un niño varón, la madre actuará como varón: sentándose en un banco como varón, o si las características son de mujer será sobre una estera.

Deseo y antojos

Algunas mujeres creen firmemente que los deseos o antojos de algún alimento que no se satisfacen conllevan partos prematuros o abortos.

Para algunas parteras el antojo es una causa para el dolor del vientre, por lo que es necesario cumplir o al menos satisfacerlo con otro alimento que esté a la mano.

Algunos maridos se esfuerzan por satisfacer los deseos de la mujer embarazada, bajo la creencia que de esta manera el niño nacerá sin tener "ansias por las golosinas".

Cada embarazo cursa con diferentes afinidades y desagradados. Lo que en una embarazada causa asco, en otras estos mismos alimentos representan fuertes antojos.

El nacimiento

El nacimiento, en las comunidades kichwas, es un acontecimiento que involucra a la llakta, constituye un momento de encuentro con las raíces culturales en el cual se reactiva la memoria colectiva de las personas del ayllu, quienes asisten a compartir esta alegría con los que viven en el wasi.

El parto constituye aquel momento de intimidad compartida de una forma directa con el esposo, aunque el esté fuera de la habitación (como es la costumbre en algunas zonas, o con algún miembro de confianza del ayllu, generalmente la partera, quien se encarga de preparar el nacimiento y luego de ayudar en la recuperación de la mujer).

El nacimiento es ante todo un *raymi* (acontecimiento festivo) que une y congrega a familiares y vecinos, e implica una continuidad de *miray-ayllu*, tanto en el ayllu como en la llakta. Este raymi será un motivo para acudir a visitar con alimentos, superar discrepancias, ayudar en los trabajos pendientes e inclusive momento de reconciliación entre individuos y familias.

El parto, al ser una fiesta conlleva necesariamente manifestaciones de religiosidad, con ritos, oraciones y otras formas culturales locales. Al iniciar la atención de un parto, las parteras y la familia se encomiendan a Dios, a la Virgen, a los santos, a sus difuntos (*mañay*). También se procede a realizar limpiezas (*wayra pichay*) con plantas, huevos, velas, imágenes, cuy y otros. En algunas familias, llaman a la sombra (*almata kayana*), saumerian (*kushnichina*) con plantas bendecidas en la iglesia, y soplan con el humo del cigarrillo y untan agua de colonia en la frente y el estómago, acompañando todos estos gestos rituales de oraciones.

Aquí, en la casa doy a luz, dice una de las entrevistadas, con mi esposo, no puedo rogar a ninguna persona porque todos viven lejos, también dicen que existen pastillas pero no conozco. Aquí mismo hago la limpia, enderezo al niño o mi esposo sacude con un poncho doblado, porque cuando trabajo con el azadón a veces el niño se pone de lado, de esta manera en la casa doy a luz. (María - informante B6, Huayrapungo, 1998).

Los elementos que sirven de orientación durante la labor son: el descenso del vientre, el pulso, los dolores y otros más sutiles que solo son intuitivos por la persona con experiencia: "Si es que falta se ve en el pulso. Si es que ya está cerca de dar a luz, el pulso aumenta. Cuando no avanza a dar a luz con chilca calentado se pone en la cintura y se salva". (Tomado del taller de Parteras de Jambi Huasi).

Las pociones y preparados de plantas medicinales utilizados durante el parto varían mucho de acuerdo a los lugares y a los conocimientos de las familias y las parteras; entre los más comunes están la pepa de chirimoya, el agua de la semilla de culantro, la hoja de camote, la hoja de higo. De estas mismas plantas también realizan emplastos.

La posición de parto más común es en cuclillas o de rodillas, con las piernas ligeramente separadas y apoyándose en la cintura del esposo, quien se sienta en la cama o en un banco. También de pie sujetándose del hombro del esposo. En ambos casos el marido sostiene a la mujer de la cintura y la sacude, mientras la parturienta espera la contracción.

Si el esposo no está presente, la mujer en labor se sostiene de la cama, de una escalera o de una cuerda que se cuelga para el efecto. Generalmente la madre o la partera toman al niño.

Una joven partera que asistió a un parto en casa cuenta:

La abuela dijo: de rodillas se tiene la fuerza, entonces le ordenó ponerse de rodillas, después el marido la cogió y le hizo tres sacudidas y el wawa salió para afuera. (Taller de parteras).

En otro testimonio se recoge la participación del esposo:

Solo estaba yo (esposo). Ella veía para acá y para allá, yo sabía amarrar, pero ella aguantaba (el dolor) como tres horas, cuando (el niño) cayó nosotros cortamos el pupo, medimos cuatro dedos, yo mismo cortaba aunque sea con cuchillo y no ha pasado nada. (José –informante J7-Angla, 1999).

Algunas mujeres prefieren dar a luz ellas solas, ya que los maridos con frecuencia están ausentes (migrantes) o se encuentran en la ciudad lejos de su familia ampliada, o tienen problemas dentro del ayllu, o simplemente porque el esposo tiene "mala espalda" (chiki washa) y no conviene que este presente en el parto.

El testimonio de una mujer indígena es elocuente al respecto:

Yo me fui para allá diciendo que tengo ganas de hacerme el baño, así me fui. Ahí di a luz, porque me dio recelo. Porque en la casa estaba bastante gente: la partera, mi hermana, el hijo de mi hermana, mis vecinos, no sé quienes más. (Carmelina – informante D2, Huachinguero, 1998).

En el momento del parto se dan algunas bebidas como: aguardiente, agua de: culantro, melloco, de las pepas de chirimoya.

Con un manojo de culantro le hago cocinar con clara de huevo con limón, azúcar, eso le hago tomar.

Itinerario de atención

En las comunidades el parto se resuelve de diferentes formas, aunque casi la totalidad de las mujeres acuden a una partera (o) de la comunidad o de fuera de ella. Al sentir los síntomas premonitorios y en otros casos cuando se aproxima la fecha del parto, acuden a la partera, o al médico cuando sospechan de alguna complicación, como son: dolores demasiado fuertes, sangrados o hinchazón del cuerpo.

Generalmente durante los primeros meses de embarazo la madre no acude a ningún prestador de salud, incluyendo la partera de su localidad.

Mientras una mayoría de madres no acuden a la partera por no considerarlo necesario, otras van a la partera o al médico por conocer cuál es la posición del niño y para confirmar la fecha probable del parto. Muchas mujeres visitan simultáneamente a la partera y al médico, claro que sin que se entere el médico, ya que sería, de seguro, retada por él. Esto revela el nivel de confianza y el tipo de relación amigable que guarda la población, en especial las embarazadas, con los agentes tradicionales de salud, en este caso la partera comunitaria.

El esposo y la madre de la parturienta son sus principales acompañantes durante los momentos críticos de la labor de parto, ellos se ocupan de atender el wasi y a la vez a la embarazada. Cuando el parto se complica o no hay una mano experta en la familia, llaman a la partera que generalmente reside en la misma llakta.

En ocasiones, la parturienta es llevada al médico o a una casa de salud, sobre todo cuando el parto se complica, generalmente es ella misma la que indica llevarla al centro de salud.

Algunas mujeres acuden de buen agrado al servicio médico convencional para parir, se señala como causa el miedo que cogen ante el riesgo de complicaciones y la distancia que las separa de una unidad de salud.

Mi abuelita atendía los partos, luego una vecina. Con mi nuera, por ser ambas mayores y no pudiendo atender, dijo que buscáramos otra. Por eso a la media noche tuvimos que ir a buscar un taxi para llevar al hospital. (Toribia - Informante C2, Ucsshaloma, 1998).

Cuidados en el postparto

Se pueden distinguir tres etapas que la mujer cumple luego del parto: La primera etapa va desde el alumbramiento hasta el primer baño. En este período la mujer no se levanta de la cama, por lo menos no sale de su casa; cuida mucho de su cuerpo "tierno". En un segundo momento se integra a su wasi, aunque tampoco sale de la casa, pasa el mayor tiempo en reposo, transcurren cuatro semanas aproximadamente y luego empieza a realizar las actividades del hogar, cuidándose mucho del frío. En una tercera etapa se integra a la llakta, se baña en agua fría y empieza a trabajar en las labores agrícolas y de la comunidad, camina fuera de ella integrándose así a la vida cotidiana.

El cuidado que brinda el esposo está influenciado por el ayllu e incluso por la expectativa que tiene el padre sobre el sexo del recién nacido. Otras de las causas para el poco cuidado del postparto es la muerte precoz del niño, pues de suceder la mujer deja de ser atendida por el esposo y por el ayllu. En algunos lugares hay la costumbre de hortigar a padres y padrinos, luego de las exequias del niño, al salir del cementerio.

Inmediatamente luego del parto la puérpera recibe una comida especial: *sara api*, o colada de maíz tostado, finamente molido, con dulce, además una sopa de repollo con apangora. Esta es una planta que existe en las vertientes de agua. Finalmente, una colada de avena con col blanca para que la madre tenga leche en abundancia para el niño.

La mujer que da a luz se abstiene de tener contacto con las cosas frías, evita salir al aire libre y tener iras, tampoco se acerca al fuego. Rosa dice:

El mayor cuidado que he tenido es de no acercarme mucho al fogón porque el humo ayuda a tener paños en la cara. Y los hombres dicen: mi mujer anda con la cara dañada mientras que otras no son de esa manera. Para esto es bueno un baño con la grasa fresca del toro y hiervas calientes, mientras que para la cara se tritura la raíz de jimbo [hierba silvestre medicinal] y se pone a manera de un emplasto. El útero se amarra con la lana negra de borrego, calentando al fuego. (Informante B9, Huayrapungo).

En la actualidad, por diversas circunstancias, entre ellas la crisis económica y la poca producción de los terrenos, la alimentación de la mujer puérpera se ha empobrecido significativamente.

La alimentación en el postparto busca restablecer rápidamente la fuerza vital de la madre para que se levante fuerte y tener en abundancia la leche para el bebé.

Las parteras recomiendan al esposo cuidar y alimentar a la esposa lo mejor posible, con arroz de cebada con alli yuyo, con caldito de frijol y berros. También recomiendan la zanahoria amarilla, la cebolla paitaña y la cebolla amarilla; una coladita espesa de chuchuca con zanahoria amarilla y berro. De las carnes, solo la de pollo y la de borrego. (Tomado del taller de parteras, Jambi Huasi, 1998).

En opinión de las comadronas, los alimentos ayudan a contrarrestar muchas molestias que la madre puede tener luego del parto, por ejemplo el locro (caldo de papas), preparado con repollo, tripa mishque y zanahoria amarilla hace perder el asco y las nauseas. (Tomado del taller de parteras, Jambi Huasi).

En el grupo de alimentos prohibidos están: los granos en general, como el mote, el choclo, el frijol, la arveja, etc. Estos son evitados porque el cuerpo de la mujer, especialmente el útero, se encuentra muy "tierno", y este tipo de alimentos no permiten la recuperación de la madre.

Otros alimentos que son evitados son: el zambo y la quinua, que causan dolores uterinos, e incluso pueden ser causantes de "infección"; el arroz de cebada porque seca la leche.

En la alimentación influyen las costumbres locales y los hábitos del ayllu:

La gente mestiza dice que se alimentan con leche, huevos, carne de gallina, carne pura de res con seco de arroz y para recuperar la sangre el jugo de zanahoria amarilla. M s nosotras lo que m s pensamos es ponernos bien. De repente cuando hay dinero mi esposo me da comprando carne o para variar comemos sopa de arroz y fideo con papas, yo, también me pongo no mas bien, no espero alimentos. (D2, Huachinguero, 1998).

Un oficio de conocimiento y experiencia: la partería

Existe un conjunto de conocimientos y prácticas curativas y de cuidado de la vida, que constituyen un real patrimonio colectivo, al cual tiene acceso el individuo por enculturación directa de sus mayores: padres, abuelos y tíos, básicamente a través del uso cotidiano. Esta es una sabiduría sobre como conservar la salud, como evitar las enfermedades, que recursos naturales utilizar durante el embarazo y parto.

Sin embargo, cada uno de los escenarios vitales de los runas: *wasi*, *ayllu* y *llakta*, también definen un campo de saber y constituyen contextos culturales microsociales condicionantes. Son escenarios de realización de la sabiduría ancestral y sus valores, espacios de aprendizaje concreto y vivencial con una fuerte carga emocional. Este conocimiento se fundamenta en la experiencia, de esta forma el aprendizaje formal es superado en eficacia por este otro, propio de las culturas orales.

En el hogar, la mayoría de personas poseen un conocimiento básico sobre el embarazo y parto, especialmente un significativo conocimiento de las plantas. Por ejemplo, el mal aire y el espanto que tan frecuentemente aqueja a las embarazadas son tratados, generalmente, en la casa.

Realmente, son las vivencias generadas por las propias enfermedades las que constituyen procesos colectivos de aprendizaje, ya que cuando alguien enferma todos participan en el restablecimiento de su salud: unos buscan y consiguen los "remedios del campo" (*pampa hampi*), mientras otros los preparan.

La evidencia etnográfica demuestra que existe una distribución social jerarquizada de este tipo de conocimientos y prácticas. De los miembros del hogar, es la mujer de más edad del núcleo la que asume principalmente la función de acompañante de la embarazada y parturienta. Sus conocimientos y habilidades terapéuticas superan a los demás miembros del hogar. La responsabilidad con su propia salud y la de los miembros del hogar, hace de ellas personas precavidas, que se aprovisionan de plantas medicinales que son consideradas como fundamentales para el momento del parto.

Encaderamineto

Después del parto, un miembro del ayllu llama a la partera para que proceda a "encaderar" a la parturienta, esto es "amarrar la *wawa mama*". En casos de hemorragias algunas parteras utilizan el kunllu de los cántaros de agua. En el asiento del pondo siempre hay un kunllu: "Cogiendo esa kunllu se le da de tomar en una taza poniendo 6 granitos de jora m s 5 pajas de cerro todos ellos se les da de tomar, el resultado es que a pesar de estar bajando la sangre, la hemorragia rebaja." (Taller de parteras Jambi Huasi).

El encaderamiento consiste en un tipo de manipulación que sujeta suavemente el útero, a través de la pared abdominal, y se lo lleva hacia el ombligo, que dura unos cinco minutos aproximadamente.

Yo [dice la partera] le pido una sábana y luego de doblarla le amarro, levantando a la madre (*wawa mama*). Se pone el emplasto de cebo de gallina, inmediatamente para que salga el frío. (Testimonio en taller de parteras del Jambi Huasi, 1998).

A la mujer se la sostiene de las rodillas boca abajo y colgada se la sacude dos o tres veces. (Testimonio en Taller de Parteras del Jambi Huasi, 1998).

Se plega de una esquina la sábana y con eso se le encadera. Así queda firme la madre. (Taller de parteras del Jambi Huasi, 1998).

Con el encaderamiento se busca espaciar los embarazos y restablecer a la mujer para los trabajos del campo. Algunas mujeres quedan sujetas dos semanas y otras un mes, la mayoría recibe este tratamiento de dos a tres veces por semana.

Comadronas, co-madres o cómplices

Dña. Isabel Villena

En el proceso de cuestionamiento del "Modelo de parto occidental", a menudo se ha centrado el debate en el uso y abuso de la tecnología dura y sus consecuencias. Sin negar la importancia de este tema, siempre me ha parecido que uno de los factores más determinantes –y probablemente el más complejo– para explicar la alienada y alienante situación actual es el enfoque básico de la experiencia del parto y sus expectativas (y/o de la Maternidad y Salud en general), así como la definición y reparto de papeles entre sus diferentes protagonistas.

Los roles que se juegan en el parto, como en la vida, no suelen asumirse conscientemente. En la teoría puede que haya consenso sobre el protagonismo de la madre, pero en la práctica diaria las pequeñas decisiones y actitudes cotidianas, aparentemente carentes de importancia, son las que introducen y refuerzan uno u otro modelo de vivencia.

En ningún campo se ve tanto esta influencia invisible y determinante como en el del lenguaje. Parece un simple instrumento inofensivo e incuestionable, pero como muy bien vemos cuando lo usamos en los partos, es el esquema a través del cual filtramos y organizamos la realidad para su percepción y manejo. Los nombres de las cosas no son etiquetas externas que les ponemos, sino la esencia de esas mismas cosas tal como las percibimos a través de las implicaciones inconscientes de las palabras, normalmente establecidas a través de la experiencia histórica.

Por ello, pretendo en este texto centrarme en estas cuestiones, intentando concretar especialmente sobre el papel de las Comadronas y los dilemas a los que nos enfrentamos en nuestra elección de rol en el parto. Pero antes intentaré enmarcar estas opciones en sus diferentes modelos: me disculpo por anticipado si repito algunas cosas obvias.

* * * * *

Es cosa sabida el que "todo es según el color del cristal con que se mira"; es decir, que nuestra percepción de la vida, de sus esperanzas y temores, y del papel que las personas juegan en ello, depende básicamente del sistema de creencias y valores de cada cultura e individuo: O sea, del Modelo que se utilice para interpretarla.

El Parto, como experiencia vital extrema para los seres humanos como individuos y como especie, y por tanto punto de encuentro de grandes poderes, temores y esperanzas, no es por supuesto ninguna excepción. Durante siglos han estado compitiendo por la supremacía cultural varios modelos sobre el tema (con sus respectivos submodelos), cada uno con sus diferentes ideas sobre su enfoque, expectativas y papeles a jugar; pero podrían simplificarse en dos: Les llamaremos "Patriarcal" y "Femenino" a falta de mejores denominaciones (se aceptan sugerencias).

El "Modelo Patriarcal-Figura/s de Autoridad protegiendo a los débiles" –aplástamente mayoritario en nuestra cultura, pero no exclusivo de ella-, parte de la idea de la Salud como victoria en la lucha heroica de una casta guerrera de grandes poderes (a menudo perteneciente a la Medicina convencional, pero también pueden ser Naturópatas, Gurus y Chamanes diversos, o incluso algún@s psicoterapeutas), contra el Mal absoluto: la desgracia, la enfermedad y la muerte que amenazan una "Gente

común” desvalida e impotente que, aunque veces se resiente “desagradecidamente” de su dependencia, suele confiar ciegamente en que la mediación de sus especialistas les libere de la parte temible e incontrolable de la vida.

Aunque sencillo y a primera vista reconfortante, este guión tiene algunos problemas evidentes: Principalmente el que la lucha sin matices contra estos enemigos está abocada al fracaso a la larga; como colectivo, a la gente SIEMPRE le sucederán accidentes, la gente SIEMPRE se pondrá enferma una u otra vez, y SIEMPRE morirá tarde o temprano (cómo decía un hermoso poema sobre el riesgo en el nacimiento en un libro de Sheila Kitginzer, nadie que haya nacido consigue evitar morir, aunque much@s, con grandes esfuerzos, consiguen evitar vivir). Los bebés que antes podían morir en los partos en casa ahora pueden morir en los partos en hospital. Y la consideración de estas experiencias duras pero inevitables como fallos innaturales de una vida hipercontrolada que debería ser como la de los anuncios de la T.V. pero que nunca lo es, nos ha llevado a una sociedad frágil y neurótica, donde la mayoría de sus miembros nacen y mueren sin haber visto ni ayudado a nacer ni a morir; sin querer pensar en los temas tabú pero sintiendo igualmente la angustia y el miedo. Y cada nueva derrota (pero también cada nueva victoria conseguida exclusivamente por los méritos ajenos de una élite) profundiza en la sensación de inseguridad y alienación, de indefensión y falta de recursos propios e internos para la vida; en un modelo cultural en el que cuantos más artefactos, servicios y personas de “ayuda” se imponen, más dependientes e incompetentes se sienten sus usuari@s.

Tod@s sabemos como se aplica este modelo en el Embarazo y Parto: Lo convierte en un proceso marcado de principio a fin por el convencimiento profundo en la “más que probable” incapacidad de la Naturaleza de llevarlo a cabo sin ayuda técnica, y de la madre en concreto de manejar la experiencia competente y positivamente.

Reparto de papeles en el drama:

- Protagonista, el “equipo asistente” (obstetra-cirujan@ generalmente al mando, y su ayudante principal la comadrona, con entre otras la importante tarea de mantener la “colaboración” de la madre manteniéndola dócil y “vendiéndole” tanto los protocolos del hospital como las decisiones unilaterales de l@s “jef@s”: Ell@s tienen toda la información, la valoran, toman las decisiones y se responsabilizan de sus resultados.
- La madre y el bebé son materia prima sólo considerados como anatomía y fisiología, aunque a la madre se le da la opción de “portarse bien” y “colaborar” siguiendo ordenes e instrucciones, ¡montones de ordenes e instrucciones! (y si no colabora fórceps y así se va más rápido).
- El padre es un señor con disfraz de médico que mira y coge la mano de la “paciente” procurando no molestar a los que están “haciendo” el parto. Ninguna “igual” con quien compartir la experiencia.

¿Y el otro Modelo? “El Modelo Femenino-Apoyo entre iguales” se basa en el arte de desarrollar la calidad (preferentemente a la cantidad) de Vida, expresada en la bellísima definición de Salud del Congreso de Cultura Catalana de 1976: “SALUD ES UNA FORMA DE VIDA AUTÓNOMA (confiada en los propios recursos), SOLIDARIA (que apoya y se apoya en los iguales) Y ALEGRE (que asume las partes fáciles y las partes difíciles de la vida con valor y agradecimiento)”. Por supuesto que hay lugar para los especialistas asesores y para hacer todo lo sensatamente posible para superar las enfermedades y retrasar la muerte, pero sin perder nunca de vista cuales son los objetivos reales y quiénes los protagonistas de esta función.

No me extenderé respecto a las características de este Modelo, del que sin duda mucho se ha hablado y se hablará en el Congreso. Pero si comentaré sus algunas de sus aplicaciones en la experiencia del Parto, y los diferentes roles en ella.

Cuando a veces me preguntan que características debería tener para mí una nueva y mejor cultura del Parto, lo primero en que pienso es en un dato del pasado: Hasta hace menos de 100 años, prácticamente todas las mujeres de nuestro país sabían asistir un parto. Era cultura femenina, no médica. Para cuando una mujer tenía un hijo, había ayudado ya en muchos otros partos y crianzas, formando parte del grupo de iguales que apoyaban a la madre en todo el proceso. Sobre todo, le recordaban una y otra vez que ellas habían pasado y pasarían por la misma experiencia, y que ella era tan capaz como las demás de llevarla a cabo con éxito, y si no terminaba bien, también algunas de ellas habían pasado por lo mismo y la ayudarían a superarla.

Su ayuda reforzaba a la madre y no la debilitaba, porque aportaban su fuerza y sus diferencias desde su status de iguales, al lado y no por delante ni por encima; eran como la misma parturienta, sólo que con más experiencia o algo que compartir. En castellano les llamaban

“las comadres”: Eran la abuela, madre, hermanas, vecinas, hijas mayores como “aprendizas”. Y la de más experiencia de todas, la más respetada del grupo de iguales, era la Comadrona.

No eran perfectas, ni pretendían serlo. La cultura patriarcal las ridiculizaba: Se las consideraba ignorantes, chismosas, mezquinas, gritonas, emocionales, intrigantes, cómplices y rivales. Pero, con todos sus problemas y limitaciones, eran las iguales, las que durante siglos defendieron la dignidad, autoridad y competencia de la madre en la experiencia del Embarazo, Parto y crianza.

Cuando desaparecieron ante los embates de la “profesionalización”, la madre se quedó sola ante la autoridad excluyente de los especialistas y ante miles de mensajes angustiantes, muchos de ellos provenientes por desgracia de ex-miembros del antiguo círculo de apoyo: repitiendo que ella no sabe, que ella no puede, que es muy peligroso para ella, que es muy doloroso para ella, que tal vez no tiene suficiente leche, o que es muy clara, o que le abriga mucho o que le abriga poco, que lo malcría.... Tratada como una enferma en el embarazo, y como una niña en el parto y después, a menudo la única opción que le queda es el “Consulte a su médico” como forma de vida, que le hará muchas pruebas y dará muchas recetas, pero bien poca información ni conversación digna de ser escuchada por un adulto. Nuestras bisabuelas nunca oyeron la frase “medicalización de la vida”, pero si se enterarán de que sus bisnietas van rutinariamente cada mes a un pediatra para que les confirme que a su bebé no le pasa nada y les diga lo que tiene que comer, se quedarían estupefactas....

No estoy reivindicando una vuelta incondicional a los viejos buenos tiempos, que en muchas cosas no tuvieron nada de buenos y sobre todo para las mujeres. Pero sí creo que será casi imposible la existencia de una cultura que tenga una relación sana con el cuerpo y con la vida sin construir/reconstruir redes de autoayuda, de autoeducación, y de reivindicación que faciliten la “democracia participativa y de base” en el arte de vivir.

¿Podrían volver a formarse grupos de “comadres” (¿Y de “copadres”?) Y en este proceso ¿Qué papel pueden tener l@s profesionales? ¿Y las comadronas?.

¿Podrían las comadronas retomar el papel de “más experta entre iguales” para apoyar los cambios y ejercer de mediadoras entre las mujeres y es resto de profesionales de la obstetricia? En muchos países llamados del Tercer Mundo, las parteras tradicionales aún mantienen buena parte del antiguo papel, y unos pocos obstetras y comadronas “del sistema” empiezan a escuchar lo que tienen que decir (cuando se atreven a hablar).

¿Y en el primer mundo? Aunque la lucha de muchas comadronas por los derechos de las mujeres ha sido decisiva en la mejora de los servicios obstétricos en países como Gran Bretaña, muchas aún se perciben como ayudantes incondicionales del obstetra, cómplices impotentes de la aplicación draconiana de protocolos insensatos, de los cuáles muchas reniegan en privado.

O, para mí aún peor, intentan competir con los obstetras en su propio terreno, peleándose por su parte del pastel en autoridad médica, status y puestos de trabajo, con parecida falta de respeto a la integridad física y psicológica de las madres: Es característico de muchas de estas comadronas-aspirantes a obstetras el trato maternalista y melifluido a las mujeres, aparentemente en un intento inconsciente de desmarcarse del habitual estilo distante y hasta brutal de muchos obstetras, pero dejando claro la dependencia y necesidad de la “parturienta-niña” ante su protectora comadrona.

Y la verdad, como comadrona y como madre de dos hij@s nacid@s en casa, creo firmemente que lo último que necesita una parturienta a su lado es otra madre que le tiente a comportarse como una hija/niña: para madre ya está ella misma. Una comadre, en cambio, va estupendamente, y por si no tiene a mano una de su entorno o la comadrona no se siente co-madre han surgido las doulas (palabra que no me acaba de gustar por su referencia a ayudantes-esclavas brasileñas...).

En estos términos pues, se presenta el dilema de la comadrona. ¿Qué papel desea representar en el parto?:

- ¿CÓM-PLICE y ayudante incondicional de la autoridad obstétrica?
- ¿COM-PETENCIA del obstetra por el poder y el protagonismo en el sistema?
- ¿O CO-MADRE-ONA, luchando lado a lado con la madre por su libertad y responsabilidad?

Este conflicto tiene su correspondencia en el área del lenguaje. Así, podemos ver distintas formas de denominar una comadrona en distintos idiomas. Hay formas bastante neutras, referidas al proceso puro y duro: Las Parteras y obstétricas latinoamericanas, las obstétricas italianas o las llevadoras (levantadoras, curiosa referencia) catalanas. Hay nombre hermosos, pero abrumadores: el francés Sage-femme, mujer sabia o el danés Madre-Tierra. Pero que yo sepa, mis nombres favoritos son los castellanos e ingleses: co-madrona y midwife, de significado parecido (simple y llanamente la acompañante de la madre, nada más y nada menos).

En el Estado Español, sin embargo, ha surgido de las propias comadronas un nuevo nombre cuyas implicaciones me preocupan. las compañeras que lo promueven no harán las mismas asociaciones, sin duda. Pero para mí son evidentes. “Matrona” se usa también en inglés para denominar a una Jefa de Enfermeras, según creo. ¿Por qué el cambio? Es una palabra que evoca mucho más poder y respetabilidad que “comadrona”, no cabe duda. Pero la Matrona era, en la Casa Romana, el gran símbolo y representante del poder patriarcal. Durante siglos su figura salvaguardó, con mucho más celo y entusiasmo que muchos hombres, las ultra-machistas virtudes tradicionales del orden republicano. Dudo mucho que pueda encontrarse, en

las Historia de las mujeres, una figura con mayor historial de complicidad con el Patriarcado. No es, a decir verdad, el tipo de personaje que me hubiera gustado que me ayudara en mis partos.

Y, por una curiosa coincidencia, he visto que aunque el programa del Congreso llama a casi todas las demás compañeras “Comadronas”, nos anuncia a mí y a otra gran compañera y amiga como “Matronas autodidactas”. Ella y yo nos hemos reído mucho con este pequeño deslíz (opina lo mismo que yo sobre este tema). Así que, por favor, compañeras y compañeros de la organización del Congreso -heroínas y héroes anónimos y desinteresad@s: la próxima vez, llamadnos comadronas, o parteras, o incluso brujas, pero no matronas, ¿Vale? ¡Gracias!

Pero bueno, ahora que hemos hablado de la teoría, vamos a por la práctica. ¿Cómo abordar esta tarea en el día a día? Yo diría que lo primero es ser consciente de este conflicto, evidente y cotidiano para las que trabajan en ambientes más medicalizados y hospitalarios, pero que también se da, aunque más sutilmente, en las que trabajamos en partos domiciliarios. Casi todas tenemos, o conocemos, pequeñas y grandes experiencias en nuestra práctica cotidiana: Compartémoslas:

- En ambiente hospitalario, podemos intentar dar a las mujeres apoyo e información honesta para la toma de decisiones; mediando por sus intereses ante el sistema, apoyándolas en cada parto para reforzar sus opciones. Siempre me he asombrado y admirado ante las tácticas de “guerrilla” y resistencia pasiva de, por ejemplo, las compañeras inglesas (preguntad a la Asociación de Comadronas radicales del Reino Unido, saben un montón de esto).
- En el parto en casa, siendo especialmente cuidados@s en trabajar las relaciones y papeles, cuestionando y cuestionándose todo, sobre todo lo que parece más evidente: No es una cuestión académica: Si hay algo que he aprendido en 20 años de práctica es como el conseguir el máximo espacio y autoconfianza posible para la madres lo que verdaderamente diferencia un parto que “fluye” de uno que “se pelea”.
- Y en la sociedad y comunidad, siendo las principales avaladoras y testigos ante el mundo de la capacidad, belleza y poder de las mujeres en el parto. Haciendo correr la información “privilegiada” de los profesionales. Enseñando lo bueno que sepamos y haciéndonos desaprender con la ayuda de nuestras co-madres (y co-padres) lo que nos estorba, que es mucho.

Leí una vez un informe de la O.M.S. que consideraba que la verdadera diferencia entre un buen o mal sistema de atención al parto no era dónde se daba a luz, sino quién estaba a cargo de la atención. Donde lo están las comadronas, decía, resultados y satisfacción eran notablemente mejores. (Aunque por supuesto siempre habrá sitio para los obstetras, que pueden ser ayudantes muy útiles para la madre y su co-madre en el poco frecuente caso de necesitar un cirujano para el parto). Pienso que, si se puede considerar que haya un primer paso en el largo camino de reconciliar nuestra cultura con la vida en esta cuestión, es éste. Pero el camino para lograrlo será largo, y el riesgo de reproducir viejos y feos esquemas con modernas y bonitas envolturas es muy real. Por ello el cuestionamiento continuo de las relaciones de poder y sus manifestaciones en el día a día e imprescindible.

Es un proceso duro, pero trabajándolo conjuntamente tod@s l@s implica d@s será más fácil. Y puede que hasta más divertido.

Dña. Isabel Villena

CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PARTO EN CASA ESPAÑA OCTUBRE 2000
¿POR QUÉ LA MATERNIDAD ES UNA CUESTIÓN POLÍTICA?

Piera Maghella

Muchas gracias de corazón a todas las personas que han soñado y realizado con este encuentro. Gracias por todo el trabajo visible y todo el que no se puede notar pero sí sentir.

Quiero empezar compartiendo el aspecto menos científico más personal que es lo que me alimenta la pasión para ser una militante del parto activo.

He tenido 5 hijos en casa, la primera experiencia fue más intensa porque fue una pérdida a la 24 semana de embarazo, la niña nació viva pero murió pronto en mis brazos. Por suerte todo esto ocurrió en casa, porque también para la muerte la casa es el lugar más indicado: pude estar con mi hija todo el tiempo que necesitaba, sin que nadie ni nada me molestara, sin juicios. Puede estar con mi emoción, poder vivir, tocar, y oler la realidad esta experiencia. Todo esto no hubiera sido posible en cualquier hospital, porque la experiencia de una pérdida es demasiado fuerte para todos, para los profesionales del hospital que escapan negando estas emociones. Para una mujer eso habría significado un vacío un fantasma, hubiera sido más difícil y más largo el proceso de elaboración del luto. La casa es el lugar más seguro e íntimo para la mayoría de las experiencias. Los otros partos muy lindos y poderosos fueron en casa con la presencia de los otros niños. En casa para sentir mi control, poder hacer cualquier cosa, y por el continuum después del parto con mi familia. En casa para que mi compañero pudiera vivirlo emotivamente y físicamente. En la casa para proteger a mis hijos exponiéndolo a una buena colonización bacteriana inmediatamente después del parto. La flora y la fauna de casa es conocida...!! He parido en dos países muy diferentes: en Inglaterra y en Italia. En Inglaterra con el servicio nacional de salud pública(10%) de los partos en casa. En Italia (0,1%) de forma privada buscando una matrona con linterna. En Italia antes del parto fui considerada una irresponsable, una fanática, y después del nacimiento una heroína

He formado parte del primer movimiento feminista, que pensaba que la vida reproductora, el embarazo, el parto y la lactancia eran una trampa una prisión para la mujer. Esta ideología ha influenciado consistentemente a las generaciones posteriores de las mujeres. Ahora me siento más feminista que 25 años atrás más con una idea diferente de la maternidad. En el mundo feminista Hay espacio para la menstruación, el aborto, la menopausia pero el parto y la lactancia son ignoradas.

Para este sector del feminismo que localizan la opresión de la sociedad sobre la mujer en su cuerpo, en su capacidad de reproducción, el parto la lactancia es inaceptable, porque minan el desarrollo, su misma liberación y la igualdad de derechos. Para declararse feminista la mujer debería superar o hacer prevalecer su natural condición de hacer hijos. Eso es un fuerte dilema para quien afirma la autonomía de la mujer sus derechos ampliamente reconocidos en la sociedad. El ser social significa repudiar el mundo natural donde la vida es gobernada por los animales.

La idea que la tecnología pueda liberar a las mujeres de los problemas reproductivos es un debate muy caliente en los movimientos para la salud de la mujer.

La tecnología en una sociedad patriarcal, transforma el proceso en un producto medible y trata a las personas como mercancía. La tecnología reordena y reestructura las relaciones tras la persona, tras los grupos sociales, las naciones, los países, entre todos nosotros con el ambiente.

La capacidad de tener y nutrir a los propios hijos es una función con una matriz universal, más cada cultura y periodo histórico le ha dado un valor, un significado y un rol particular. Es un eterno paradigma entre cultura y natura.

El cuerpo femenino, el embarazo, el parto y la lactancia forman parte de la supervivencia de la especie y tienen una función filogenética.

El cuerpo de la mujer ha evolucionado millones de años para mantener la supervivencia y la continuación de la especie.

El patriarcado, la microcultura médica y la prepotente industria sanitaria han intervenido de forma muy grave sobre la función filogenética, sobre las relaciones interpersonales y sobre la ecología.

El sistema ha minado profundamente la confianza de las mujeres en su propia competencia: el filo genético y el fisiológico que caracteriza al mamífero se transformaron en un evento de fortuna: “espero poder parir por la vagina”, “espero ser afortunada y no necesitar el gotero”, “espero no necesitar la episiotomía”, “espero tener leche”. Hemos llegado hasta el punto de tener que probar científicamente las funciones filogenéticas, tenemos que descubrir algo que lleva sucediendo desde hace millones de años.

Por ejemplo, después de años de criminalidad poniendo a los hijos en los hospitales separados de la madre, los estudios científicos han demostrado que la mujer madre es la única persona segura para el bebé, que la leche materna es el único alimento seguro, vivo, completo para el ser humano. Tuvimos que probarlo, nosotros que nos consideramos inteligentes. ¡La cultura médica ha empezado a regular las funciones fisiológicas imponiendo reglas enturbiando profundamente sin ningún rigor científico y produciendo después muchos desastres. Después de tanta experiencia, los estudios vuelven a confirmar lo que la mujer sabía desde hace millones de años.

El elemento que representa la cultura médica y la industria de la sanidad es la hospitalización y ha sido probado que no hay relación entre el uso de la tecnología y la mortalidad y la morbilidad.

La hospitalización es la primera y más significativa intervención de la cultura y la industria médica hacia la madre y el niño. Son muchos los factores que hacen que el hospital sea un lugar inadecuado para una función fisiológica, filogenética: el lugar no familiar aumenta el stress, hay mucha concentración de personas y de intervenciones farmacológicas y médicas, hay reglas y separaciones. Nosotros todavía estamos convencidos, nos hacen creer que el hospital es el lugar mas seguro para la madre y el niño.

Además, la industria de la no-salud, que es una de las más fuertes desde el punto de vista económico y productivo, mantiene una fuerte cinta de presión. Los grupos de mujeres se preguntan constantemente porque el cambio es tan lento y difícil. Porque los procedimientos, porque los fármacos son tan inamovibles. Estamos tratando con un gran poder económico, con una máquina que mueve millones de pesetas sobre la salud de las mujeres y los niños.

Miren este gráfico, realizado por Mckinley en el año 1981. Podíamos aplicar esta regla que dura decenios de años a cualquier procedimiento (ecografía a, epidural, episiotomía...)

Las mujeres todavía no hemos tomado conciencia del gran poder que poseemos para crecer, parir y alimentar nuestros hijos. Piensen por ejemplo en la leche, y cómo la industria alimenticia, farmacéutica y la cultura médica nos hacen creer que la alimentación artificial, que es un fármaco, nos habría liberado de la discriminación de género, sexual. Increíble, nuestro cuerpo produce un liquido perfecto, equilibrado, de gran valor nutritivo e inmunológico, no contaminante y de bajísimo costo. Y pretenden sustituirlo por un liquido mucho más pobre y que paguemos por él. Y ¿pensar que la criminalidad de ofrecer esta leche en países en vías de desarrollo queda sin castigo!. Nuestra leche, la humana, es una característica única y fundamental para nuestra salud, la de nuestros hijos a lo largo de su vida entera y para la sociedad entera.

Como una propiedad de esta función filogenética, las mujeres están particularmente programadas para encontrar soluciones ante cualquier imprevisto, ante cualquier emergencia. El pensamiento y capacidad para el desempeño materno, que todas las mujeres poseen potencialmente, debería ser reconocido y utilizado como aportación al bien de la sociedad, en su capacidad para individualizar las necesidades, dar voz a los deseos, a la creatividad, a la formación de redes de solidaridad, a delinear un futuro más cálido y nutricio para todos.

La maternidad representa un ejemplo ético de responsabilidad en la libertad. La madre posee de hecho, inicialmente, un poder total sobre el hijo: Supervivencia, nutrición y relación.

Con la experiencia del parto una mujer remodela por completo la imagen de sí misma. Sus convicciones, sus gestalt. Si es esa experiencia la mujer se siente fuerte, en control, con poder, capaz, respetada en sus necesidades... igual ser sentirá a lo largo de su futuro: poderosa, asertiva, una leona. Si, en cambio, esa mujer se siente disminuida, humillada, considerada como un contenedor pasivo, regañada, sin inteligencia ni sentido común, no escuchada, dependiente de los demás... en el futuro se sentirá incompetente, incapaz, sin recursos, sin raíces... como persona y en sus relaciones.

El parto permite a las mujeres reconocer y utilizar sus recursos endógenos, su habilidad. Una persona se siente poderosa cuando está en control de su experiencia, cualquiera que sea.

Para sentirse con poder en el sistema actual de asistencia al parto, una mujer podría:

- Concienciarse de su propia competencia, del valor de su diferencia. Encontrar los instrumentos para ser y para hacerse valorar como mujer en su capacidad reproductora.

- Obtener el apoyo social necesario y apropiado para mantener su bienestar físico y emocional.

- Tener conciencia y ejercer su responsabilidad y derechos para tomar decisiones sobre su propia salud y la de su hijo.

- Afirmar su asertividad para hacer resistencia colectiva, reclamar, movilizarse y enfrentarse al poder oficial.

- Eliminar la dependencia de la profesión médica y valorar el conocimiento, relación y apoyo mutuo entre mujeres y comadronas.

- Promover el concepto de Salud Global para toda la vida, la sociedad, el ecosistema y las generaciones futuras.

Se sobreentiende que las condiciones mínimas para que una mujer sienta que tiene poder sobre su vida es un standard de vida aceptable: ingresos, vivienda, apoyo familiar y social suficiente. El Standard de las mujeres es un buen indicador del nivel de una sociedad.

El tipo de experiencia del parto no sólo es determinante en la vida de la mujer, sino también en imaginario de los hijos.

Voy a mostrar algunos ejemplos de dibujos de niños representando su idea del nacimiento. Muchos lo imaginan como una experiencia muy medicalizada, con una mujer sola sobre una mesa y profesionales con tijeras, pinzas y tenazas. U otros, como en este dibujo, como una mujer que muestra su fuerza y sabiduría internas.

**1 SEÑAL DE
INVESTIGACIÓN
PROMETEDORA, no RCT**

2 ADOPCIÓN POR PARTE DE LOS PROFESIONALES Y ORGANIZACIONES

**3 SALTA A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN. EL PÚBLICO LO RECLAMA
LLEGAN LOS INCENTIVOS ESTATALES.**

4 SE DESARROLLAN PROTOCOLOS E INDICACIONES DE APLICACIÓN.

5 ESTUDIOS CIENTIFICOS RANDOMIZADOS Y CONTROLADOS.

**6 DENUNCIA A LOS PROFESIONALES. REACCIONES DE DEFENSA.
ESTUDIOS CONTRA SUS EXPERIENCIAS PERSONALES CLÍNICAS.**

**7 EROSIÓN Y DESCRÉDITO.
Nueva investigación prometedora.**

**LOS PROFESIONALES: ENTRE EL CORAJE, TEMOR Y LA TEMERIDAD.
Situación del parto y nacimiento en Alemania, Canadá y México.**

M^a Jesús Montes

Tenemos la suerte hoy de compartir con todos vosotros colegas y usuarios la ilusión y el proyecto de que el acompañamiento y asistencia al nacimiento, respondiendo a las necesidades que planteadas por las mujeres y sus parejas se haga una realidad.

Sabemos que en muchos lugares esta respuesta no es posible, en nuestro territorio tampoco. Las mujeres deben adaptarse a lo que los servicios de cada país ofrecen, que puede ir desde una amplia oferta con base tecnológica e intervencionista, en la que el nacimiento será medicalizado, al total abandono o ausencia de prestaciones sanitarias.

Las mujeres históricamente no han (hemos) sido escuchadas, no han (hemos) tenido voz, es más, se entiende que “no saben/mos” frente al saber de los expertos y políticos, por lo tanto, el nacimiento sucederá conforme a las decisiones que estos últimos acuerden, planifiquen o aquellas otras que olviden.

Entender que el suceso del nacimiento es vital para la mujer, el hijo por nacer y la pareja; que abarca más allá del simple hecho físico y biológico y que su repercusión puede durar toda una vida, son aspectos que tradicionalmente no son tenidos en cuenta y así sigue sucediendo en la casi totalidad de las culturas.

Pero no podemos afirmar que estos hechos sean universales. En algunos países y, sobre todo si nos acercamos a conocer el nivel individual y próximo del suceso del parto, descubrimos que es aceptado por muchos profesionales que; el considerar los deseos de la mujer, su implicación, el padre, la criatura por nacer y las condiciones ambientales que les rodean, son elementos imprescindibles cuando la intención es llegar al desarrollo normalizado del parto. (En esta situación la madre es agente activo que conoce el proceso, opina y toma decisiones junto a su pareja y el profesional y juntos, planifican el nacimiento).

Así pues, dentro de una misma cultura podemos encontrarnos que hay partos que transcurren de forma diferente a la estandarizada o establecida socialmente y es situarse en esta diferencia la que exige coraje; coraje para defender una forma de entender la vida, la salud, el cuerpo y la experiencia del nacimiento; coraje para mantener la serenidad en opiniones enfrentadas y críticas; coraje para expresar las ideas aunque levanten tormentas y coraje en las situaciones en las que la soledad nos hace compañía.

La cultura nos proporciona unas pautas de comportamiento y forma de entender la realidad social, pero esta realidad no es estática. Sabemos que los diferentes procesos socioculturales se modifican por la presencia o la presión que ejercen otros elementos que, situados inicialmente en los márgenes, pasan progresivamente a normalizarse para llegar a formar parte central de la realidad social. Pero los cambios son lentos y la resistencia al cambio es una característica de las sociedades, mucho más en esta situación, cuando los cambios propuestos pueden cuestionar el poder, los intereses y la economía que se sustenta en un tipo de ideología aceptada social y culturalmente por la gran mayoría del grupo.

La asistencia la parto domiciliario en nuestro territorio ocupó ese lugar central hasta los años 50 y progresivamente ha sido desplazado a los márgenes, siendo la normalidad la asistencia al parto en los hospitales.

Hoy, las mujeres que desean recibir a sus hijos en casa son excepcionales y muy pocos los profesionales dispuestos a acompañarlas. En este contexto, el temor puede hacer su aparición. Temor a la definición actual del proceso del parto, temor al excesivamente utilizado concepto de riesgo, temor a la sola idea de pensar diferente, al rechazo social, a las represalias o a la estigmatización que pueden surgir de los propios compañeros o del grupo profesional al que pertenecemos.

Realmente, hay que ser temerario para brindarse a dar apoyo y a acompañar a estas mujeres. Esta temeridad se inscribe en las representaciones de una sociedad cada vez más medicalizada y tendente a buscar y dar soluciones fáciles y rápidas y en la que se promueve una forma de pensar y hacer dependiente y uniforme. El parto y nacimiento, aunque se intente, no tiene estas características. Cada mujer y su situación, son únicas, también cada criatura por nacer y los ritmos de ambos son diferentes para cada nacimiento y para cada parto.

La madre expresa unas necesidades y por experiencia sabemos que no son iguales para todas ellas; necesitan de un tiempo, su tiempo, sin plantearnos si es mucho o poco, y planifican su parto conforme a sus expectativas y vivencias.

Los profesionales que nos comprometemos a prestar asistencia al parto en casa reconocemos todos estos aspectos como implícitos al nacimiento y desarrollo de un parto normal y aceptamos que son sucesos individuales y extraordinarios que necesitan de una atención especial.

Así, la asunción de este compromiso puede tener connotaciones de temeridad desde dos puntos de vista. Por un lado, temeridad por el atrevimiento a pensar y hacer diferente de aquello que se consideró la norma, pero también por lo que supone de cuestionamiento al poder y su discurso, y por otro, la temeridad se nos plantea cuando nos preguntamos si seremos capaces de dar respuesta a las exigencias que el parto conlleva, por ejemplo contar con la total disponibilidad de tiempo, sea el que fuere o del cumplimiento de los acuerdos a los que se ha llegado con la pareja. Cada pareja es un mundo y podemos decir que el asistir un parto en casa es introducirnos cada vez en pequeños mundos de cultura individual a los que debemos adaptarnos y dar respuestas a su tiempo.

Coraje, temor y temeridad son conceptos también presentes en estas mujeres y parejas. Ha sido, y sigue siendo su demanda la que mueve a los profesionales y es en realidad esta demanda el reflejo de la necesidad palpable de modificar los conceptos en los que se apoyan la actual asistencia al parto.

En la Asociación hemos analizado, a lo largo de todos nuestros años de dedicación, el alcance que pueden tener estos conceptos. Son conceptos cambiantes también para nosotras. La presión social, familiar o personal pueden hacerles más o menos presentes o con más o menos fuerza, pero lo que todos/as tenemos claro (aceptando nuestra disponibilidad fluctuante) es la necesidad urgente de mejorar la asistencia al nacimiento, de cambiar el intervencionismo por la espera paciente y la escucha, el respeto a la mujer, a los procesos de su cuerpo y el respeto a la criatura por nacer o recién nacida.

Es urgente que las mujeres que así lo deseen puedan vivir el nacimiento de su hijo y su parto según sus planes, y consideramos también urgente fomentar el saludable hábito de la sospecha hacia los discursos que se autodefinen como “científicos” y por los que se impone el sometimiento, obediencia y la aceptación incuestionada de las mujeres. Para ello, necesitamos del estudio y análisis sistemático de la información, tanto nacional como internacional, sobre otras formas de asistencia y actividades que se realizan, o se omiten en torno al nacimiento, y de sus resultados, para así contar con una base que nos proporcione los recursos para la crítica y acción constructiva que nos facilite la introducción de estos cambios que todos/ consideramos tan necesarios.

Por último, quiero plantear que coraje, temor y temeridad son palabras en las que parece estar presente la fuerza, el trabajo, esfuerzo, la duda y hasta el enfrentamiento, pero, en la realidad de la práctica del nacimiento en casa, es totalmente lo contrario y hacen su presencia la confianza, la calidez, el dejar hacer...

¿Nos podemos imaginar que los cambios ya se han producido? que es aceptado y está normalizado que son las mujeres, las madres, quienes deciden, gestionan y que las criaturas son tratadas con respeto y amor?, entonces ya no hablaríamos del coraje, o temeridad ¿con que otras palabras nos referiríamos? Dejo la respuesta a la rica imaginación de cada uno.

LOS PROFESIONALES: ENTRE EL CORAJE, EL TEMOR Y LA TEMERIDAD. SITUACIÓN DEL PARTO Y NACIMIENTO EN MÉXICO

Dña. Naolí Vinamer.
(Transcripción de su charla)

Lo primero quisiera agradecer a “Nacer en Casa” la invitación y traerme desde México, realmente estoy muy contenta de estar en España.

Yo quisiera empezar esta ponencia dedicándosela a una joven muy querida, de 21 años, que hace mes y medio que murió y que tenía muy claro que si alguna vez tenía un bebé sería en casa, y además tenía ya su partera escogida.

Quiero dedicar esta ponencia a Peyton, con mucho cariño.

El tema que estamos viendo me parece sumamente interesante, puesto que esta en el corazón de todas las parteras, el temor, el miedo, el posible susto de que algo salga no exactamente como uno deseara, el miedo a la muerte finalmente, es donde reside el miedo, el temor.

Cuando yo comencé a trabajar en la asistencia de partos y acumular mi energía alrededor de las mujeres y de los bebés hace años, yo entre de manera bastante inocente, no fue una decisión que yo halla tomado, simplemente la vida me arrastro; empecé a tener sueños todas las noches, que me llamaban a ser partera, en los cuales estaba yo siempre con una mujer pariendo en situaciones muy reales, entonces durante el día yo tenía que correr a ver que habías sucedido en el parto, y así durante 3 o 4 meses hasta que me di cuenta que estaba metida hasta más allá de mis narices en el área de ser partera y entre desde la inocencia y “gracias a Dios”, porque sino hubiese entrado con más miedo que con la inocencia.

Yo pienso que después de estos años siendo partera sigo siendo inocente y eso a mi me parece que es una lucha, no en el aspecto agresivo, sino una lucha de conciencia constante, cotidiana para estar con esa mujer, con esa familia, con ese bebé, cada vez como si fuera la primera y a la vez que a uno le van creciendo colmillos, esa inocencia que uno mantiene en los partos pienso que es lo más importante para poder estar con esa mujer sin aburrirse, sin cansarse, sin sentirse como si ya lo hubieses visto antes.

Después de varios años empecé a sentir un poco de opresión en el pecho, me empecé a darme cuenta que en efecto, podía llegar el día en que alguien se muriera, obviamente, las comadronas no somos dios, sino que cada persona que esta involucrada en el equipo de partos hace lo mejor que cada quien tiene, es un trabajo de equipo, de energía y finalmente siempre es una sorpresa lo que sucede, siempre la manera en que nace el bebé, lo que hay que hacer, lo que no hay que hacer, a última hora es siempre una sorpresa.

Después de comenzar a sentir la angustia, de sentir el miedo, todas las noches sentía yo palpar mi pecho, sintiendo “si es que si alguien muere” que no era mi susto realmente, porque yo he tenido bastante claro el respeto hacia la muerte, que llega cuando llega, sino el miedo si alguien llega a morir “que iba a ser de mi preciosa vida, que iba yo a hacer con mis hijos, yo en la cárcel y quizás perder la casa, quizás perder toda mi existencia, mi vida tan preciosa que yo tenía”. Yo supongo que estuve como mes y medio nadando en las aguas de la angustia, que no era el miedo, que era la angustia, hasta que de pronto una noche entre despierta y dormida, empecé a ver a imaginar la situación, “bueno alguien se murió, y de pronto estoy en la cárcel y entonces empiezo a ver que llega gente y se empieza a parar enfrente del palacio de gobierno y empecé a ver todas las caras de las mujeres que yo había atendido en los últimos años, más sus compañeros, a la mujer de fulano, la tía también vino, el primo, mengano” y en menos de media hora tenía 500 personas en mi mente y todas estaban enfrente del palacio reclamando que yo saliera, y de pronto todo ese miedo, toda esa angustia se derritió y desde entonces, que ya hace bastantes años de esto, ya no he vuelto realmente a sentir angustia. Yo se ahora, que yo soy la partera de la comunidad, y se que la gente sabe, porque lo hablamos, que la vida no esta en mis manos, que no hay garantías en la vida, que uno simplemente se pone en el mejor camino que uno escoge, que pone uno todos los huevos en la misma canasta y se arriesga uno a la cascada.

Yo quisiera continuar mostrando diapositivas para comentarles como es la vida de la partera en México.

Hay dos caras de la moneda, por un lado están los partos en el hospital, tenemos una situación dramática, de casi 90-95% de cesáreas en hospitales públicos y privados en México, es una crisis mundial tremenda. Los públicos tienen a veces menos del 75%, nunca menos del 60% y los privados casi el 100%, salvo que venga el bebé entre las piernas.

Ahora esta el otro lado, la partería en México es una tradición muy antigua, muy profunda, todavía la mayoría de las mexicanas nacen a manos de partera, a nivel rural especialmente y les voy a contar en breve la vida de la mayoría de las parteras en México.

Diapositiva.- Vemos un pueblo alejado de cualquier hospital, si acaso habrá una pequeña clínica, donde la mayor parte del tiempo no hay medicamentos y si acaso estar abierto varis días a la semana pero no todos.

Diapositiva.- Este es el camino que lleva a casa de Doña Reina, la partera de la que vamos a platicar, que es una de mis maestras.

Diapositiva.- Este es su farmacia, tiene sus plantas y tiene un jardín aparte donde cultiva todas las plantas que utiliza como remedio para ayudar a mujeres que no pueden embarazarse, que tiene frialdad en su matriz, que tiene problemas de cólicos, en fin, miles de problemas.

Entonces la partera no es nada más buscada para el embarazo, sino que desde chiquitas empiezan las niñas a ver la partera para prepararse al día que serán mamás.

Diapositiva.- Doña Reina, esta mujer es fabulosa, esta revisando al bebé de esta mujer que viene después de estar caminando 3 horas en la sierra bajando hacia el pueblo de Doña Reina, que es el lugar de decantamiento de toda la región, todo el mundo viene a ver a Doña Reina, y muchas mujeres caminan hasta 5 horas para verla. Revisa la posición, le siente como esta el bebé, le siente pulsaciones de energía, y finalmente si hace falta acomoda al bebé.

Diapositiva.- Aquí tenemos un códice antiguo mostrando como lo que se hacia hace miles de años, se sigue haciendo.

Diapositiva.- Doña Reina tiene su aprendiz, y las aprendizas va a ir siendo variadas y muchas en la vida de doña Reina, en este caso es su sobrina, que esta en vías de revisar y ya atiende partos. Aquí vemos la farmacia pero en otra faceta, ya están las plantas cosechadas, secadas, empacada y etiquetadas y la gente que viene a verla tiene enseguida remedios para las lombrices, para el niño, y si viene la mamá con tres niños, no solo sale la mamá embarazada con algo, sino todos los niños salen con algo especial que se le hace, al que hay que chuparle la mollera para sacarle el susto de lo que le pasó la semana anterior.

Diapositiva.- Esta es la fotografía mas importante de las que vamos a ver, no hace Doña Reina nada que sea ausente a la espiritualidad, a la fe interna, a la fe que se le pone a los santos, todas las ceremonias que se hacen; Doña Reina tiene su aguafuerte, hecha un buche y lo escupe, a sus plantas, sus huevos, les limpia el espíritu a las personas. Pero ella tiene que tener también cierta limpieza espiritual para poder ser ese canal por el cual ella puede transmitir toda la salud y toda la energía para salir con bien en cualquier situación ya sea de salud o de embarazo y parto.

Diapositiva.- Aquí tenemos a Doña Reina explicándole a esta niña de que se trata la energía, como sentirla, para qué y de qué manera se utiliza la energía y es la escuela, es la manera en que la tradición se pasa de una mujer a otra y no siempre se empieza a ser partera cuando ya se es mamá, hay mujeres a las que se les llama cuando tienen varios hijos y a otras desde chiquitas.

Diapositiva.- Esta es una imagen de una casa, es la cocina de Doña Reina que puede ser la cocina de la mayoría de las mujeres que viven en el campo. En la cocina muchas cosas se llevan a cabo, a parte de cocinar, caminar, estar en familia, es

un lugar donde se entierra la placenta de las niñas que nacen, la placenta de cada niña se entierra junto al fogón, junto al calor, porque es el papel de la mujer seguir siendo el calor de la familia.

Diapositiva.- Aquí tenemos 3 mujeres que dan el pecho. En las mujeres que yo he atendido es el 100% de lactancia materna por lo menos 1 año, así que, de que la gente se queje de que leche o no leche yo nunca lo he visto.

Diapositiva.- Aquí tenemos una imagen de lo que es un recurso muy, muy importante en la partería tradicional, no solo la gente del campo lo hace sino también de la ciudad, es el TEMAXCAL o un horno hecho con piedras y barro, tiene una puerta de madera por la cual uno gatea y se mete uno y por fuera se van calentando piedras que después se las riega una infusión de hierbas para que salga vapor, que es curativo, para que la persona que esta dentro del Temascal va a tener toda una terapia curativa a base de hierbas y calor. Y este temascal se utiliza en embarazadas para calentarlas, no durante un tiempo muy largo, como durante el trabajo de parto, que puede ser demasiado largo.

El resultado de la frialdad es un parto demasiado largo, si la mujer esta lo suficientemente caliente ella no tiene porque tener un parto largo, no efectivo. Y yo me pregunto ¿tantos partos en el hospital donde las ponen ropita, donde se tiembla de frío, abiertas por detrás, agua fría y sin comer? ¡no me sorprende que los partos no sean más rápidos!.

Los Temascales son muy útiles.

En el postparto también es importante tener un Temascal porque después de un parto a través del sudor y del vapor se sacan las toxinas del parto, se saca mucha energía, y después se hace todo un tratamiento de apretar todo el cuerpo con un rebozo, se aprieta desde la cabeza hasta los pies, para que la mujer recupere su cuerpo físico y que sea ella misma, que recupere su ser.

Con el tercero de mis hijos me di un postparto tradicional de 40 días en casa, sin bajar y subir escaleras, como una Reina y es una maravilla.

Diapositiva.- las piedras son la fuente de calor del Temascal.

Diapositiva.- Una serie de fotos para hablar del instrumento más utilizado en la partería de México: son las MANOS, por eso no me gustan los micrófonos, me gusta tener las manos limpias, y las manos de la partera es lo que más se usa, los brazos... las manos, vamos a mostrar lo que es realmente la paciencia, porque con las manos y los brazos no puede uno más que masajear, abrazar, apoyar, calentar, tomarse el cachete y decir "ay, ay, yayay" pero bueno es parte. En el caso del papá y la mamá para sentir al bebé.

Abrazar, sentir, calentar... esas son las herramientas. Hay varias técnicas específicas, que son más allá de calentar, abrazar, acariciar, es FORCEPS. Realmente la partera mexicana no tiene recursos de hospital, entonces cuando un bebé viene grande y la mamá tiene cierta limitación, un tamaño un poco justo, pues ese bebé de toda maneras nace, vamos a ir abriendo los huesos de la mamá para que este bebé pase y son: las cuclillas, los pujos, olvidarse de acostarse y abrir los huesos, para eso ayuda conocer algo de fisiología pero la partería tradicional simplemente sabe las técnicas tradicionales y las utiliza y los bebés nacen de niñas de 13 años, bebés de 3 kilos, lo que quieren.

Serie de diapositivas.- la mayoría de las mujeres que yo veo que son primerizas tienen 16 años de media y de hay de 13 en adelante. De hecho son mis favoritas, las primerizas, porque es la oportunidad de dejar un sello bellísimo en su corazón y en su espíritu, una primeriza esta abierta a lo que viene.

Diapositiva.- Aquí esta su mamá que esta apoyándola. Se considera que apretar la cabeza ayuda a que la mujer concentre su energía para que pueda pujar.

Diapositiva.- Esta muchacha esta bastante sorprendida y es que en realidad la tradición no les enseña mucho a las muchachas que es lo que va a suceder cuando tienen 13 años, en general la sangre le llega de sorpresa, el embarazo muchas veces cuando ven ya su barriga y les empiezan a dar de comer un poco más, y las tías les traen regalos y las muchachas no entienden porqué le traen tantos regalos de comer. Yo he conocido mujeres que se han enterado que estaban embarazadas cuando ha comenzado el trabajo de parto. No es lo ideal, pero muchas veces la inocencia no esta mal. Yo no mando a las mujeres a tomar cursos de preparación, si esta en ellas si, porque es que lo necesitan pero la mayoría de las mujeres que yo veo ni siquiera saben donde esta su matriz. Una mujer sabe que se embaraza es porque va a dar a luz, y si va a dar a luz es que va a tener leche, y sirva a tener leche es que el bebé va a estar gordito y que ya tiene su familia y va a estar feliz.

Yo le tengo mucho respeto a las mamás jóvenes, yo soy la última en decirles como hacer las cosas, a mi se me hace una falta de respeto, desde fuera decirle a un "animal", que hacer y como hacerlo, yo siento que la partería principalmente es un trabajo de humildad, de observación y aprendizaje.

Diapositiva.- Siempre adivinando con las manos que esta sucediendo. Quien es el bebé, como es, quien será, la incógnita, la alegría de lo desconocido.

Yo me he venido a enterar en estos últimos tiempos que España tiene el índice mas bajo de gusto por embarazarse.

Cuando una mujer esta embarazada esta realmente feliz, orgullosa y sabe que viene una parte desconocida que es parir pero no lo ve con un susto.

Y recuerden que les hablo de un lado de la moneda, muchas mujeres en la ciudad están realmente aterradas, porque su alternativa es ir al hospital a que les abran la barriga y tengan una situación fuera de su control.

Pero estamos hablando del lado de la moneda que normalmente atiende la partera.

La participación del papá es generalmente muy bienvenida y los padres están encantados.

Las mujeres saben que cuando van a parir se van a esforzar, van a tener un fruto.

A veces el esfuerzo es realmente sentarse lejos de la mujer y darle chance de hacer lo que sabe hacer.

Realmente esta mujer me agradece no haberme metido, por haberle permitido descubrir.

Serie de diapositivas.- los papás mexicanos, bigotones, machos, charros, así se quedan (diapositiva).

Los niños en México normalmente se les tapa, se le ahuyenta, no son bienvenidos a un parto. Sin embargo, me ha tocado ver que ahora ya empiezan a dejar a los niños las mamás.

Diapositiva.- las pateras nos enseñamos las unas a las otras. No hay escuelas de partería hasta hace poco, abrió una hace 2 años. Nosotras nos educamos las unas a las otras, necesitamos gente que nos enseñe a hacer cosas, aquí estamos practicando meternos las agujas valientemente.

Practicamos el boca a boca para poder ayudar a las mujeres a que lleguen al hospital.

Ya hemos tenido 7 convenciones nacionales de parteras, yo he organizado las 5 primeras y me siento muy orgullosa de ello y nos reunimos parteras de todo el país y reunimos dinero de todos los sitios, pues allí no hay dinero para el autobús y reunimos dinero durante todo el año para que en Junio podamos becar a 20 o 40 parteras para tener un grupo de 500, para compartir maneras distintas de ver la partería, el nacimiento, para tener energía para todo el año.

Muchas parteras a pesar de ser tradicionales tienen contacto con el mundo médico y “capacitan” a las parteras, enseñándolas métodos “científicos” de cómo parir, les dan una maletita y que acostadas es muy bueno, y nosotras tratamos de compartir si realmente es bueno o no.

Son parteras que muchas no hablan español, y tenemos nuestros interpretes de las lenguas de cada zona.

Siempre acabamos cantando y vamos haciendo en México una conciencia y por tanto un movimiento de partería para intentar que no muera, que aumente el nº de parteras, a nivel urbano que es donde más se necesita hoy en día.

Yo les agradezco mucho porque de aquí me voy con mucha energía para compartir.

NACER CON UN HOGAR.

**-Una historia del ártico de Canadá sobre las dificultades de nacer como un Inuit.
por Susanne Houd, Comadrona, asesora internacional, decana de la escuela de comadronas Danesas.**

Esta es la historia sobre un grupo pequeño de personas que quiso que sus niños nacieran como personas y con un hogar.

Ellos consiguieron crear la posibilidad de vivir en este lugar remoto y frío, sin contar con la posibilidad de evacuar durante el trabajo de parto, sin posibilidad para realizar una cesárea y sin unidades de cuidados intensivos neonatales, y poder permanecer arriba, en el norte y dar a luz con estadísticas buenas y con la participación de la familia, especialmente de los padres. Y ellos comenzaron a educar a las mujeres inuit para poder ser parteras. Se desarrolló un programa de educación muy cuidadoso (toda la enseñanza se vinculó estrechamente a la práctica). Personas comprometidas con sus ideas del Canadá y del extranjero fueron los primeros profesores y poco a poco los Inuit fueron tomando la responsabilidad de formar a las mujeres. Una comisión perinatal siguió el embarazo de cada mujer inuit y su control de forma intensiva, prestando atención a todos los aspectos del embarazo y de cuidar de que el bebé era de toda la familia.

Se desarrollaron directivas basadas en la evidencia científica y experiencial y se mantuvieron al día.

El 93% de las mujeres permanecido en el norte para dar a luz, con unos porcentajes de cesárea del 3,1% y una mortalidad perinatal del 9,8 por mil en una población de alto riesgo.

Esto comenzó en 1986 en una de aldea: Povungnituk en Nunavik donde hay un hospital pequeño. En 1998 el siguiente pueblo mas alejado - Inukjuak - que sólo esta conectado por avión – invitó a una partera Danesa para recuperar los nacimientos en la aldea. Yo fui la elegida y estuve durante 14 meses. Mi papel principal fue enseñar a 3 mujeres Inuit a ser parteras. Yo era la única persona en la aldea que sabia asistir partos y nacimientos y me podían llamar en cualquier momento del día y de la noche.

10 días después de mi llegada 2 mujeres dieron a luz. Las 2 primeras mujeres en 35 años que oficialmente podían dar a luz en su propia aldea . Durante 35 años las mujeres habían volada fuera del pueblo 3-4 semanas antes de su fecha probable del parto y permanecían fuera durante 2-3 semanas después del nacimiento. En un hospital donde nadie hablaba su idioma, donde estaban separadas de sus familias, donde les daban comida que no les gustaba y donde sus niños nacían sin un hogar. Y entre tanto el esposo encontraba otra mujer y los niños no eran cuidados en su hogar. Las ancianas me contaron que mientras ellas estaban con sus hijas en los nacimientos en Inukjuak, lloraban por el nacimiento e sus nietos - No sé si de alegría o de dolor.

Durante los últimos 13 años tuvieron también la posibilidad de ir a la aldea vecina, que estaba a una hora en avión, donde también estaban separadas de sus familias pero las comadronas eran Inuit hablaban su lengua y la comida y los niños nacían siendo Inuit.

Privar a esta sociedad (una comunidad) de sus partos (separar los nacimientos del contexto social) casi destruyó la comunidad Nunavik. Las familias se separaron, la violencia doméstica llegó a ser un gran problema, destruyó familias, niños tristes y descontentos y una población donde las drogas y el alcohol llegaron a ser un gran problema.

Los nacimientos se devolvieron al norte. No por las autoridades sanitarias, sin por la misma gente, sobre todo por las mujeres Inuit.

Este grupo formuló la siguiente filosofía sobre el cuidado de la maternidad:

"El objetivo más importante del cuidado de la Maternidad es proveer una alta calidad de cuidados mediante la promoción de la salud a nivel comunitario. La promoción de salud se ve como el retorno de la responsabilidad primaria para la salud y la definición de salud a las propias personas. Esta responsabilidad incluye elegir nuestros propios trabajadores de salud pública que determinan programas de prioridades.

La opción de tener servicios de cuidados maternos de vuelta al norte fue deliberada, informada e iniciada por la gente de Hudson Bay. Como tal, el factor de apoyo comunitario se vio como esencial, no solo por el bienestar sino también por la seguridad de las mujeres en estado y de sus familias. Además, los servicios perinatales de la maternidad reflejan la premisa que el embarazo y el nacimiento son procesos fundamentalmente saludables que tiene muchas variaciones normales. Es una parte normal de nacimiento, no una condición médica.

Los principios combinados de promoción de la salud, el apoyo comunitario y del proceso del nacimiento como un suceso normal de la vida forma la base del cuidado perinatal, educación, selección y seguimiento, que a la vez permite la provisión de servicios de maternidad efectivos y seguros."

La razón por la cual yo fui elegida para ser la partera única en Inukjuak fue por que había atendido muchos partos en casa en DK. Hace 33 años que soy comadrona y el 40% de los nacimientos que he asistido han sido en casa. Aunque solo hay un 2% de nacimientos en casa en DK, yo he ayudado siempre a las mujeres a parir en casa. Yo he hecho investigación sobre parto en casa y he tenido mi propia experiencia en parto en casa en Copenhague. En Dinamarca sabemos que el parto en casa es seguro como un nacimiento en hospital para mujeres que esperan su primer hijo y más seguro para mujeres que han dado a luz antes. La seguridad no es un problema. No entre parteras y tocólogos. Pero entre los padres si, durante 30 años les han dicho que los nacimientos en casa son peligrosos y no son seguros. Durante 30 años nosotros hemos arrancado a las mujeres fuera de su contexto social y las hemos aislado en hospitales donde las mujeres apenas comprenden la terminología usada y son rodeadas por gente que no conocen. Entretanto la sociedad sufre de la carencia del derecho del nacimiento. Los niños/as están naciendo sin un hogar.

Las cosas están cambiando en DK. Tenemos ahora unos grupos de comadronas contratadas por el gobierno que asisten sólo partos en casa. Nosotros tenemos estadísticas muy buenas en partos en casa. El nacimiento en casa vuelve en mi país igual que aquí.

Sé que cosas importantes sucederán cuando los nacimientos vuelvan a las comunidades y los niños/as nazcan en los hogares y con un hogar.

DEMA!!!!

(El significado: ¡Esto es todo amigos! en Inuktitut.)

PROFESIONALES ENTRE EL VALOR, EL MIEDO Y LA TEMERIDAD

Mi nombre es Ina Rieder y soy de Munich, Alemania.

Soy comadrona desde hace ocho años y empecé a atender partos en casa justo después de terminar mis estudios. Por mi experiencia, sé que no se puede aprender nada del parto en casa ni sentirse más seguro si se trabaja en un hospital. Tuve la gran suerte de conocer a una comadrona que hacía partos en casa sólo una semana después de acabar mis estudios.

Cuando empezamos a trabajar juntas, ella ya llevaba trabajando ocho años por su cuenta y disfrutaba mucho con su labor. Ya se sabe que cuatro ojos ven más que dos, y es más fácil cargar con la responsabilidad.

Durante los primeros dos años, íbamos juntas a todos los partos, pero el volumen de trabajo aumentó de 30 a 100 por año, así que ahora sólo vamos las dos en partos muy largos, presentaciones de nalgas y gemelares.

Luego decidimos montar un centro de nacimiento en una planta de la casa en la que yo había vivido durante seis años; tiene dos habitaciones de parto, un baño, una cocina, una habitación para pasar consulta y una sala grande, donde se dan cursos y charlas.

Está especialmente dirigido a mujeres que no quieren ir al hospital pero que tampoco se quieren quedar en casa y que piensan que deben ir a algún sitio a parir. Otras mujeres lo eligen simplemente porque les gusta el lugar.

Normalmente, las consultas comienzan durante el segundo trimestre; es importante el dato de que cada vez más mujeres optan por no ir al médico una vez que han empezado los controles en el centro.

Realizamos los controles normales, sin utilizar ultrasonido ni CTG. Durante el embarazo, lo más importante es escuchar, dar apoyo y tocar. En el centro trabajamos con dos "doulas"¹; ellas han hecho varios cursos sobre embarazo. En Alemania reciben el nombre de "preparatoras del nacimiento".

El equipo del centro para atender los partos es el mismo que utilizamos para los partos en casa. La mujer llega al centro una vez ha comenzado el trabajo de parto y, una vez que el bebé ha nacido, permanece unas dos o tres horas hasta volver a su casa con su recién nacido. Durante los primeros días, nosotras hacemos las consultas de postparto en la casa cada día y, en caso necesario, la familia también puede ir al centro.

Si durante el trabajo de parto se presenta alguna complicación que no podemos atender, realizamos el traslado al hospital, que se encuentra a 10 km. del centro. Contamos con una buena cooperación con el personal del hospital, y podemos permanecer todo el tiempo con los padres simplemente como amigos, sin intervenir como comadronas, ya que el seguro no cubriría nuestra actividad en el hospital.

Existe una ley en Alemania que dice que un obstetra tiene que consultar siempre a la comadrona, mientras que la comadrona puede trabajar sin la presencia de un médico. Los ginecólogos no están de acuerdo y, desde hace años, están intentando abolirla.

Hace dos semanas, tres días después de la Conferencia de Achen, encontré un artículo en un diario de gran tirada, en el que se decía que los ginecólogos bávaros habían tenido un encuentro con el fin de hacer un llamamiento en contra del alarmante incremento de los partos en casa en Alemania. Los hospitales deberían hacer todo lo posible para que las mujeres se sintieran en ellos igual que si estuvieran en el salón de sus casas.

Hace 20 años que empezó el movimiento de parto en casa en Alemania. Unas pocas comadronas jóvenes se unieron a otras muy valientes con el propósito de convertirse en confidentes de las mujeres

Muchas comadronas dejan sus trabajos en los hospitales y su propia consulta de embarazo e infancia.

En Munich somos unas 20 comadronas que atendemos partos en casa, dos grandes centros, uno algo más pequeño y dos centros de nacimiento. El 6% de los nacimientos de la región de Bavaria son extraclínicos. Esto a los obstetras les resulta realmente peligroso. Este aumento de los partos en casa también fue posible gracias al movimiento de los Centros de Nacimiento, de los que habló Marsden Wagner ayer. Actualmente hay 50 centros de nacimiento, todos dirigidos por comadronas.

En Alemania, la compañía aseguradora de la mujer es la que paga los costos de la atención, previa presentación de una factura por parte de la comadrona una vez que el trabajo ha finalizado, que incluye las consultas durante el embarazo, la atención al parto y las visitas postparto. Todo esto resulta mucho más barato que si lo realizara un médico y, a pesar de ello, a veces las aseguradoras no quieren trabajar con comadronas.

El apoyo que nosotras necesitamos nos lo tenemos que dar entre nosotras mismas. Con cierta frecuencia nos reunimos en pequeños grupos en Munich, y dos veces al año se celebra una reunión de todas las comadronas que atienden partos en casa de Bavaria. El año pasado éramos unas 50 ó 60, así que se pueden imaginar la fuerza que esto nos dio a cada una de nosotras.

Hace 11 años que un grupo de comadronas empezó a recoger datos estadísticos de cada parto que atendía para, así, poder demostrar la seguridad del parto en casa. Yo tengo los datos de los últimos seis años, por si alguna persona está interesada, así como las estadísticas realizadas desde 1999. Cada parto en casa se evalúa y recogen los datos, incluso si hay que hacer luego un traslado.

Hace 6 años que empecé a atender también mujeres cuyos bebés tenían una presentación de nalgas o eran gemelos. Con esto, hemos aprendido todo sobre las mujeres. La primera mujer llegó al centro y dijo que no quería ir al hospital sólo por el hecho de que el bebé viniera de nalgas; ¿quién dice que ésta es una posición equivocada? El bebé elige la posición y es un miembro activo del nacimiento.

En Alemania, la mayoría de las presentaciones de nalgas terminan en cesárea, al igual que los gemelares. Así, no se puede aprender nada más en la Escuela de Comadronas.

El número de partos en casa con presentación de nalgas ha aumentado, ya que otras comadronas también han querido aprender. Estas comadronas me envían a las mujeres con bebés de nalgas a mi consulta y, luego, cuando comienza el parto, me llaman y la atendemos.

En nuestro centro organizamos cursos para comadronas interesadas en partos de nalgas y gemelares; la lista para el próximo es ya bastante grande.

Para nosotras es importante el conocimiento de las comadronas tradicionales. Llevamos una vídeo-cámara digital y grabamos la mayoría de los partos de nalgas y gemelares para, así, poder enseñar cómo va llegando el bebé: primero las nalgas y luego las piernas.

Así que, en definitiva lo que hacemos es apoyar a las mujeres.

Mujeres fuertes tienen bebés fuertes que ayudarán a construir una sociedad con más consciencia, respeto y dignidad.

¹ doula: mujer que tiene los conocimientos suficientes sobre obstetricia y puericultura que acompaña y da apoyo a la parturienta durante el trabajo de parto y el puerperio.

CÓMO TRABAJAMOS Y ESTADÍSTICAS

Dña. Mercedes Serrano

Trabajamos con ilusión. Unas en soledad, otras en grupo; y, casi siempre mucho. Hablaré en primera persona no parezca un NOS mayestático.

Todo comienza cuando una pareja conecta contigo, y te dice, unas veces que está segura que quiere parir en casa, y otras, que se lo está pensando y quiere hablar contigo.

Cuando nos vemos la primera vez, les digo que no puedo ser objetiva, no solo porque la objetividad no exista (cada una la matizamos con nuestras propias vivencias, creencias, necesidades,...), sino por mi propia opción personal (llevo 20 años asistiendo partos en casa). Les cuento cómo trabajo, y por qué, hablamos de lo que ella, ellos desean y, si yo puedo ofrecérselo y cubrir sus expectativas. Hablamos de los sueños, los bebés, los miedos, la vida. ¡Ah!, también hablamos de dinero.

Cuando ya han tomado una decisión, y entre las 26 y 30 semanas, comenzamos a vernos semanalmente. En la primera vista hacemos una historia personal, además de familiar y obstétrica. Ahí ya vemos si hay alguna dificultad para un parto en casa.

La preparación consiste en ir profundizando en el conocimiento cada una/uno de sí misma; y, como funciona un parto natural; es decir, normal. No sólo fisiológicamente, además, los condicionamientos sociales, culturales, religiosos, personales, etc. . Un parto natural, es decir, espontáneo, no inducido ni provocado, sin que se utilicen drogas, aparatos ni maniobras, que evolucione, desde su comienzo hasta su final, con la fuerza vital de la mujer, exactamente con los mismos recursos con los que la naturaleza lleva a cabo todas sus funciones fisiológicas, con los recursos que todo organismo vivo y sano tiene a su disposición.

Me parece importante que sepamos que en el universo hay un orden cósmico con arreglo al cual suceden cosas, fuera del alcance humano, entre ellas, el parto y la muerte, que aunque el hombre o la mujer hayan realizado muchos inventos, manejando inteligentemente las fuerzas naturales, no las domina por completo, como para poder sustituirlas sin correr riesgos.

En aquellos casos en que la naturaleza cumple espontáneamente, sin “ayuda” las funciones vitales del organismo, no es lógico intervenir sino que lo recomendable es observar.

Aprenden a buscar la posición del bebé en el útero para poder escuchar los latidos de su corazón con una trompetilla.

Aprenden a hacerse la mujer y a hacer el padre un tacto vaginal para tener un mejor conocimiento del cuerpo que les da más seguridad y confianza.

Hablamos de la vida intrauterina del bebé como una persona consciente, sensible, con necesidades y entidad propia, escriben una carta a su bebé.

Aprenden técnicas de trabajo corporal: respiraciones, relajación, masajes. Cómo utilizar el agua si lo desean. Cómo manejarse con el dolor si aparece.

Hablamos de cuidados y salud del bebé, lactancia materna. Reflexionamos sobre la diferencia entre salud y sanidad. Doy información sobre vacunas de la “Liga para la libertad de vacunación”. Doy una lista sobre lo que tienen que preparar para un parto en casa (espejo, bolsas de basura, flexo), deciden qué van a hacer con la placenta.

Recomiendo libros como “En busca del bienestar perdido” de J. Liealoff, “Cómo criar un hijo sano a pesar de su médico” de Dr. Mendelson. Los tenéis en el stand de la asociación. Otros como “La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente” de Casilda Rodrigañez, “Nacimiento en casa” de S. Kitzinger traducido por María Fuentes están en el stand de sus editoriales.

Conocen las contracciones que se producen durante el embarazo, cuáles son los signos probables y seguros del parto, y qué actitudes pueden adoptar.

Cuando la mujer se pone de parto me avisa y acudo a su casa. Llevo el material estéril necesario para el parto así como un maletín de urgencias para posibles complicaciones. Procuro respetar los tiempos y necesidades de la mujer. Escucho al bebé. Hago los menos tactos posibles. No estorbar. El protagonismo es de ellos. La bolsa sigue cumpliendo su valiosa misión. Los pujos son espontáneos, cuando la mujer los necesita, en la posición que desea. Cuando el bebé sale procuramos que el ambiente, además de cálido sea silencioso, con la luz tamizada para que no moleste sus ojos. Limpio su nariz y su boca. El bebé rota. Él sabe. La presión de la vulva intacta de su madre sobre su tórax le permite expulsar las secreciones de sus vías respiratorias. Su madre puede acercar su cuerpo a su pecho. Es el momento de las lágrimas. Es un momento sagrado. Hago el test de Apgar. Espero que el cordón deje de latir para que su padre pueda cortarlo. El bebé chupa con sorpresa del pecho de su madre. Cuando la placenta ha salido y la he revisado es el momento de la celebración.

Para pertenecer a la “Asociación Nacer en Casa” hay que aceptar un decálogo (lo tenéis en la documentación). Los puntos 2, 3, 4, 5 y 6 son el marco de referencia común que tenemos. “Respetar las condiciones éticas e ideológicas de la madre acordadas previamente”. “Partiendo de una situación de salud y equilibrio psico-emocional de la madre y su acompañante, se debe garantizar el respeto a cada proceso y ritmo individuales del embarazo y el parto”. “En caso de verse en la necesidad de utilizar ayuda terapéutica, se utilizarán con preferencia métodos blandos y los menos agresivos”. “Se tratará al bebé durante todo el proceso con el máximo respeto, ya que es un individuo consciente, sensible y con entidad propia”. “No se harán manipulaciones intervencionistas sistemáticas e innecesarias ni a la madre ni al bebé”.

Es de lógica que no todas las personas de la asociación trabajamos igual. Salvando las diferencias individuales, dependiendo del estilo de parto y la persona que lo asiste.

Os voy a comentar las estadísticas de la asociación de estos últimos doce años.

PROCOLOS O RIESGOS AÑADIDOS

Dra. Robbie Davis-Floyd

Desde el principio de la Prehistoria, desde el principio de los tiempos, todo el arte que tenemos, todos los conocimientos que tenemos sobre los nacimientos, nos demuestran que las mujeres daban a luz de pie.

En el antiguo Egipto, Perú, Amazonia... cuando el parto no estaba medicalizado las mujeres parían de pie, ayudadas por otras mujeres.

En Japón en el S XVI, en Holanda en el S. XV, en África hoy en día y entre los comanches, la mujer paría y empujaba apoyada en un palo.

La postura de la diosa apoyada es una imagen de una mujer pariendo en cuclillas ayudada por una mujer a cada lado (India, Grecia)

En el siglo XVII, el papel del hombre en el parto era señalar las estrellas para buscar el horóscopo del bebé; hubiera sido mejor que los hombres continuasen con este papel.

Luego, los hombres empezaron a interferir en el parto y a cambiar las cosas. Cuando los hombres empezaron a investigar la obstetricia, abrieron el cuerpo de la mujer para estudiar sus órganos reproductivos, abrieron su pecho, separaron ambas partes hasta que finalmente sólo quedó una pieza. Cuando los médicos empezaron a dibujar los diagramas del cuerpo humano, hasta los años 80, se utilizó el cuerpo del hombre como prototipo del cuerpo perfecto, todo se mostraba con el prototipo del hombre. Cuando se hablaba de problemas, se utilizaba el cuerpo de la mujer para mostrarlos (obesidad). Esto significa que el cuerpo masculino es normal y que el cuerpo femenino, como se desvía de lo que hace el cuerpo masculino, no es perfecto.

A finales del S. XIX en EEUU nos convertimos en una sociedad industrializada. En todas las culturas se pueden ver los valores reflejados en el parto, y esto se vio en el cambio que supuso la revolución industrial...

El hospital se convirtió en una fábrica, y el cuerpo de la mujer se convirtió en una máquina medicalizada que producía un producto. El bebé es el producto de este proceso de manufactura, y en el hospital se le trata como tal. Y por tanto había anuncios en revistas: como si una máquina produjera el producto, y no la madre. Y éste es el mensaje que se transmite hoy día: que es una máquina quien produce, y no la madre.

Esta es la idea que tenemos, que no es la naturaleza la que produce el bebé sino una máquina, y eso es típico de la sociedad actual.

Una tecnocracia es una sociedad que tiene una ideología del progreso tecnológico cuyos valores son las máquinas y lo que crean las máquinas.

Cuanto más mecanicista y más tecnológico es el parto, más refleja el sistema de valores de la tecnocracia. Si piensa en el significado simbólico de los procedimientos de rutina, como los procedimientos intravenosos, vemos que es el cordón umbilical con el hospital que crea dependencia entre la mujer y el hospital, el bebé depende de la madre y la vida de la madre depende del hospital. Podemos ver que en esta sociedad todos estamos vinculados con las instituciones, todo tenemos este cordón umbilical que nos une a las instituciones de la sociedad tecnócrata, y el meter la sonda intravenosa no es válido ni desde el punto de vista médico ni científico, pero es la expresión de valores de la tecnocracia y simboliza nuestra dependencia de la institución. Es como si necesitase esta vía con la mujer; lo que estamos haciendo es convertirnos en organismos cibernéticos.

La monitorización electrónica es otro paso en la tecnologización del parto; la información del monitor se convierte en lo importante para los profesionales. Una mujer dijo: "en cuanto me engancharon al monitor nadie me miró a mí, todos miraban al monitor y yo también miraba al monitor, y tuve la sensación de que era el monitor el que iba a dar a luz, y no, yo".

Hoy día en los hospitales americanos utilizan el monitor y cuidan al monitor en vez de cuidar a las madres. Si hay un problema entran en la sala y cambian a la mujer de postura para que funcione mejor la máquina. Las máquinas se han adueñado de los hospitales: hay que introducir toda la información en el ordenador, todas las matronas que trabajan con el ordenador dicen que pasan todo el tiempo introduciendo datos en el ordenador, interactuando con el ordenador y no con la madre.

En los hospitales tecnológicos el mensaje que se emite es "tu cuerpo es una máquina" "no funciona bien" "necesitas la ayuda de otras máquinas más perfectas para poder dar a luz" y esto es un reflejo preciso de los valores tecnológicos; no tiene nada que ver con la fisiología del parto o con las necesidades de la parturienta, pero refleja con precisión los valores principales de la tecnocracia occidental.

La postura obstétrica refuerza este mensaje: el parto ocurre en contra de la gravedad, siempre vamos hacia arriba, fuera del planeta, y cuando nos damos cuenta que no funciona, entonces ponemos a la mujer de pie para que funcione bien y le hacemos una episiotomía, que simboliza uno de los valores primarios de la tecnocracia, la línea recta. En los libros de medicina se habla de que es mejor un corte recto que un desgarró irregular; le damos un valor primario a la línea recta, que cualquier cosa que podamos hacer de acuerdo con nuestros valores lineales los vamos a hacer.

Así que finalmente hemos convertido al parto en un proceso cibernético, hemos transformado a las mujeres en artefactos tecnológicos que dan a luz con otros artefactos tecnológicos. Muchos de los reflejos de esto, en la práctica, se ven influenciados por la actitud del profesional, (hablan de una diapositiva): ésta es una estudiante de matrona que aprendió en los hospitales, le mandaron a una mujer con todas las máquinas y la mujer quería quitarse todo. El médico le dio un producto para acelerar las contracciones y ella se sintió más tranquila, y le pregunté ¿si tú asistieras a una mujer en casa que hubiese sucedido? Y respondió que "en casa hubiese sido distinto pues ya tendría una relación con la madre, la familia, no estaría entre las dos, hubiera levantado a la mujer, habría bailado durante su dilatación", y le pregunté ¿por qué no lo hiciste en el hospital? Y me contestó "porque no había espacio para mí y yo soy estudiante; no tengo autoridad, no tengo posibilidad de crear ese tipo de asistencia en el hospital".

También se pueden crear espacios en los hospitales donde poder despojarse de esta tecnología innecesaria a las mujeres, es cuestión de dejar a los profesionales aplicar su ideología o su conocimiento sobre el parto, en vez de tener que aplicar los valores de la sociedad tecnológica, se le da permiso para aplicar otro espacio. ¿Qué necesita la mujer? ¿Puede bajarse del

potro? ¿Puede estar en el suelo? ¿Puede dar a luz en el suelo? ¿Qué conocimiento es el que cuenta en esta situación? ¿Cuál es la información que tiene importancia? ¿La autoridad de quién se va a respetar? ¿Qué protocolo se va a seguir? Estas son preguntas que se pueden plantear en las unidades de obstetricia de los hospitales.

Es difícil porque los hospitales quieren que sigan los valores tecnócratas; es muy difícil crear este espacio, puede ser problemático, pero no es imposible. El resultado del parto está muy relacionado con la actitud del profesional que asiste ese parto, y el espacio ideológico que ese profesional elige.

Por supuesto es más fácil tener este tipo de espacio en el hogar, y en Estados Unidos a las matronas que asisten partos en casa se les conoce por establecer este espacio holístico, y me da mucho placer el ver que aquí este movimiento está creciendo en España, al igual que en otros países europeos, y la tasa en algunos países al 6% de partos en casa. En Oregón, USA, hay un 5%, en Nuevo México por encima del 5%, Seattle más del 12%, Florida más del 12%. Hay demanda para este tipo de partos y la demanda en España va a aumentar la gama de opciones; utilizar la tecnología para apoyar al cuerpo pero no para dominar el parto.

Para mí, como antropóloga, observando lo que ocurre aquí, con respecto a lo que yo sé que ha pasado en otras culturas y en otros tiempos y sigue ocurriendo en otras sociedades tradicionales es como una espiral, una parte de lo que ocurre en este tipo de congresos y en el movimiento de parto en casa, en USA, es una espiral. Tienen la gran ventaja ustedes que no tienen otros profesionales en todo el planeta; podemos mirar hacia atrás y aprovechar los conocimientos y las técnicas, y llevarlos hacia delante, al futuro, adoptar antiguas tecnologías a nuevos usos y nuevos entornos; posturas antiguas y traerlas a entornos modernos, en la casa, en los hospitales y centros de partos, es como una espiral y en esta espiral que están ustedes creando, y con la energía que metan ustedes tienen la oportunidad de crear un sistema de parto más holístico, más precioso conocido, porque tienen la ventaja de aprender de los sistemas de muchas culturas y aunarlos todo en un enfoque fisiológico y holístico centrado en la mujer.

QUE SIGNIFICA PARIR EN EL SIGLO XXI Y EL PAPEL DE LA MATRONA

Dña. Consuelo Ruiz

Me he pasado toda la primavera y casi todo el verano, luchando a brazo partido con la Muerte, tratando de conservar dentro de mí la minúscula llamita de ilusión, de moral. que me queda y a lo último, cercana la fecha del Congreso, me dieron ganas de no venir, de darme por vencida.

Yo no soy una matrona más, una de tantas, yo soy un caso especial, no tenía la menor idea de ser matrona. Cerca de cumplir 35 años, tuve que realizar prácticas de obstetricia en la antigua Maternidad de Mesón de Paredes con cuyo certificado pude obtener, el título de Practicante, examinándome por libre, en la Facultad de Medicina de Madrid, pues estaba bajo la amenaza de ser denunciada por intrusismo porque ponía a mi hija, gravemente enferma las inyecciones que el médico le recetaba.

Aunque la asistencia al parto, entonces, era mucho más humana que ahora, a mí me horrorizó y concebí la idea de hacerme matrona para investigar, a fondo, por qué dolía el parto y si había alguna forma de poder ayudar a las mujeres. Dejé un trabajo agradable que me proporcionaba bastantes satisfacciones y me puse a estudiar obstetricia con ahínco, como si en ello me fuera la vida. No sólo obtuve el título, sino que gané, una plaza, en las primeras oposiciones a la Beneficencia Municipal de Madrid y eso puso en mis manos material humano suficiente para intentar transformar en lo que debía ser, la asistencia al parto.

Por pura casualidad, cayó en mis manos una revista femenina francesa en cuya portada pude leer “*Accouchement sans douleur à Saint Antonie à Paris*”. Se trataba de un amplio reportaje en el que daban nombres y direcciones. Recuerdo que escribí doce cartas pidiendo información y sólo un tal Dr Baux me contestó desde una clínica de Toulouse. Ni corta ni perezosa, aproveché mi mes de vacaciones, pedí un préstamo al Ayuntamiento, a descontar mensualmente de mi sueldo y me marché a Francia, primero a Toulouse y luego a París.

Allí acudí a un curso, que daba el profesor Lamaze, asistido por los Drs. Vellay y Bourrel, sobre la “*Preparación Psico profiláctica del Dolor en el Parto*” y volví a Madrid loca de contenta, con la idea de compartir mi entusiasmo y mis conocimientos con mis compañeras.

El año 1955, publiqué el primer libro, en lengua española, titulado “El Parto sin Dolor” que presenté, con una comunicación sobre el tema, en un Congreso Nacional de Matronas que se celebró, por aquel entonces, en la Ciudad Universitaria de Madrid. Aquel mismo año empecé a dar clases, naturalmente gratuitas, en la Escuela Oficial de Matronas, tarea que no he dejado, hasta la fecha y con la que espero continuar, hasta la muerte.

El doctor Sánchez Harguindey fue el único que estuvo de acuerdo en probar el método, que no tiene contraindicación alguna, pero los ginecólogos lo rechazaron, unánimemente, con el pretexto de la nacionalidad del descubridor de los reflejos condicionados en los que se basa la preparación, afirmando que “*de los rusos no querían ni aun el parto sin dolor*”.

En 1956, el Papa Pío XII reunió en, Roma, a tocólogos de todo el Mundo y aseguró que la preparación psicoprofiláctica del parto no estaba en contra de la religión y que era positiva, pero tan autorizada opinión no sirvió para que el método psicoprofiláctico fuera aceptado, sino para que surgieran multitud de preparaciones, algunas verdaderamente exóticas y sin cohesión alguna con el parto.

La Seguridad Social creó, en España, una plaza de Preparador Oficial pero, sorprendentemente, ésta no recayó en ningún tocólogo ni ginecólogo, sino en un médico que tenía un gimnasio de recuperación de poliomielíticos cuyo método consistía en ejercicios gimnásticos para fortalecer músculos que no intervienen, en modo alguno en el trabajo del parto.

Creo que el hecho de que Pavlov fuera ruso fue sólo una excusa y que el verdadero motivo fue que no se creía que las mujeres fueran capaces de entender la preparación o que si llegaban a ello se iban a despabilar. ¡Con lo útiles que son las féminas ignorantes y mansas!

Si hubiera podido intervenir en la confección del Programa de este Congreso, hubiera recomendado que se tuvieran en cuenta los obstáculos que se oponen al parto en casa, entre los cuales ocupa un lugar muy importante el dolor, que se discutiera y se llegara a un acuerdo sobre la forma adecuada de enfrentarse a ellos. No podemos olvidar ese problema porque aparte de lo discutible de la utilidad de la anestesia epidural, no me parece que sea posible emplearla en los partos a domicilio, hubo un tiempo en que el, primero el cirujano/barbero y luego, el médico/comadrón, realizaban, en las casas, intervenciones obstétricas que sólo recordarlas, ponen los pelos de punta, pero en el pasado Siglo XX, los partos distócicos necesitados de cirugía o no, se asistían todos, en las Maternidades, centros sanitarios que estaban especializados en obstetricia y que subsistieron, en España, hasta hace poco tiempo.

Yo he asistido más partos en casa que en las maternidades, pero en aquella época el talante de las mujeres era muy diferente, todas tenían asumido que el parto tenía que doler y, mal que bien, lo soportaban.

En cambio, las mujeres de ahora exigen que el parto no duela y no creo que ninguna matrona lleve consigo un anestesista, ni se atreva a efectuar la epidural por sí misma. Yo no me atrevería, lo más osado que hice en mi vida fue escribir mi primer libro y ¡hay que ver que caro lo tuve que pagar! Yo no creo que los “sioux” trataran a los pioneros del Oeste americano con semejante saña.

Creyéndolo un gran obstáculo para la realización del parto en casa y una incalificable injusticia para la mujer, he luchado con todas mis escasas fuerzas, contra el irrazonable, el injustificado, dolor en el parto, que jamás hubiera sido aceptado tan alegremente, ni se hubieran empleado contra él remedios tan desproporcionados, si hubiera afectado a los dos sexos.

Llevo medio siglo, más de la mitad de mi vida, luchando contra el dolor en el parto, me titulé como matrona precisamente para eso pues para seguir por la ruta marcada, haciendo igual que todas las matronas, no valía la pena el sacrificio y el esfuerzo empleados en tal empeño.

Ahora me siento, a veces, a punto de sucumbir, de ser vencida por fuerzas mucho más poderosas que yo, pero no he cesado en mi empeño por eso, a pesar de mis achaques y dificultades, pude asistir a este a Congreso a pedir ayuda para esta lucha y a entregaos la antorcha para que la sigáis, cuando yo muera.

Me he pasado la vida, más que *predicando en desierto*, estrellando los que me parecieron argumentos científicos, razonables y serios contra un muro de incompreensión, hace muchos años, antes de llegar a ser “una desconocida a quién no vale la pena invitar a reuniones profesionales porque su nombre no aportaría ningún prestigio a las mismas”, se me motejaba, con sarcasmo, de ser *la matrona del parto sin dolor* y también de *la matrona de los congresos* porque siempre iba a todos los que pude y en todos, siempre con la misma terca y única idea que resbalaba, entre aplausos, en las mentes de quienes me escuchaban, que reconocían que tengo un cierto desparpajo hablando, pero que lo que decía no era ni práctico ni rentable.

Cincuenta años insistiendo en que el parto es una función fisiológica normal y la mujer un ser inteligente, abnegado, capaz de sacrificios y heroísmos, con una tarea determinada, específica, amén de todas las propias del ser humano, que el parto no es una enfermedad ni una tragedia, sino una función normal, a cargo de la mujer que cuenta, para llevarla a cabo, con órganos, elementos y maña suficientes, para ello.

Del cajón en que guardo mis escritos inéditos, esperando tener la suerte que tuvo Galileo, al que le dieron la razón, pasados 500 años, he recuperado unas hojas que escribí hace poco en las que decía cuales son los enemigos del parto en casa con los que tenemos que luchar, sin despreciar ninguno porque todos son muy poderosos y maléficos. En ese escrito yo había destacado cuatro, a saber:

a) LA IGNORANCIA

Lo corriente es que la embarazada ignore que el parto no es sino la fase final del largo y complicado proceso de la reproducción vivípara, aunque en otros temas sea una persona culta e instruida, porque los “*brujos de la tribu*”, de todos los tiempos, no sólo convirtieron ese proceso en materia esotérica, quizás porque ellos mismos lo ignoraban, sino que dieron sobre él explicaciones fabulosas, equivocadas y tremebundas.

Desde épocas muy lejanas, el parto ha sido interpretado como peligro, dolor y castigo, hasta la actualidad en que se considera como una enfermedad que necesita hospitalización y atención médica y quirúrgica.

Es razonable que, en el pasado, gentes ignorantes de la anatomía y de la fisiología del aparato genital femenino, mal podían ilustrar a la mujer sobre este tema y tuvieron que inventar burdas supersticiones para satisfacer la curiosidad de las gentes, sin confesar su propia ignorancia, para seguir siendo considerados y respetados como sabios, como brujos. No dejaron de aprovecharse de la credulidad humana, especialmente de la de las mujeres, para sustituir la falta de verdadera información por fantasías que obraran como un arma de poder y de superioridad entre ellos y el vulgo.

Lo que resulta inexplicable es que, a comienzos del Siglo XXI, se siga considerando a la mujer como incapaz de comprender el funcionamiento fisiológico normal de su propio cuerpo y no se haya hecho más que cambiar de mentiras sobre el parto que ya no es *una maldición divina*, sino una de tantas enfermedades. Acaso la única explicación posible a este modo de proceder, sea el deseo de quienes ocupan ahora el papel del *brujo de la tribu*, de perpetuar la condición de la mujer como ser inferior, indigno e incapaz de participar de manera enterada, activa y consciente, en asunto de tanta envergadura como la reproducción humana, así como tampoco es razonable que la culta la instruida mujer moderna que tanta y tan notable participación tiene, ahora, en todas las esferas de la vida, se resigne a no tener en su parto más papel que el de ofrecer, pasiva y disciplinadamente, su cuerpo, como simple materia para que otros, los que saben, sean los que decidan cómo, dónde y cuándo ellos quieran la van a hacer parir, de forma artificial y que ella no tenga, ni siquiera el derecho a saber, de antemano, en qué consiste el parto y de qué medios se van a servir para realizarlo porque ella, según parece, es incapaz de hacerlo por sí misma.

b) EL MIEDO

En cualquier circunstancia o actividad el miedo es un elemento perturbador que no sólo ocasiona desorientación y sufrimiento, sino que ofusca la razón e impide llevar a cabo, correctamente, cualquier cosa que nos propongamos hacer. El miedo, es capaz de obligarnos a actuar atropelladamente, sin reflexionar, sin pensar ni calcular las consecuencias de lo que se hace bajo su influencia.

El parto no ha perdido, pese al correr del tiempo, a la sucesión de muchas e importantes civilizaciones, a los cacareados avances de la ciencia, su condición de *acontecimiento amenazante*, entre cuyos riesgos, modernamente, aparece de forma rutinaria la frase terminante de que “hay que ir al ginecólogo y al hospital, “por lo que pueda pasar”, argumento decisivo, en el supuesto en que la embarazada tuviera deseo de dar a luz en casa.

Nadie explica nunca, en concreto qué es lo que puede pasar, pero lógicamente, la embarazada se imagina lo peor, tiene miedo al parto y el miedo es un sentimiento poderosísimo, capaz de trastornar, tanto física como mentalmente, el organismo de la parturiente.

He presenciado muchísimos partos y he podido apreciar que, en ellos, la mujer siempre tenía miedo, aunque lo negase e, incluso, lo disimulara y, también he podido comprobar que el miedo perturba y dificulta cualquier acción.

En los andamios de los edificios en construcción, suele haber una simple tira de madera, o una cuerda, a la que se llama *quitamiedos* y que ni por lo más remoto serviría para evitar la caída del albañil que está sobre el andamio, pero puede que le recuerde el peligro y que, al ser consciente de él, evite movimientos bruscos que pudieran hacerle perder el equilibrio.

Yo he pensado muchas veces si no se pudiera utilizar algo que, durante el parto, hiciera el papel del frágil *quitamiedos* de los andamios y lo más parecido que encontré, asistiendo partos, fue la imagen de San Ramón Nonnato que solía presidir la Sala de Partos de algunas Maternidades. En las casas particulares, había, a veces, algún objeto con tal fin, el *cinturón de la Virgen* o la llamada *Rosa de Jericó* eran los dos *quitamiedos* de más categoría y prestigio, pero en muy pocos partos los vi, pues, además de caros, debía ser difícil adquirirlos sobre todo en aquellos tiempos de posguerra. Lo más corriente eran estampas de vírgenes y santos, medallas o escapularios. También se utilizaban velas benditas, a veces, cabos de velas, sucios y pringosos, ya habían sido utilizados con tal fin por madres, suegras o abuelas.

Yo no sé si la fe obraba milagros, pero si que asistí infinidad de mujeres en condiciones, a veces, muy precarias y todos los partos evolucionaban bien y hasta y pude observar que en las contadísimas distocias que presencié nunca nos dio tiempo de usar *quitamiedos* porque en cuanto me apercibía de que el parto no era totalmente eutócico, acompañaba a la mujer a la Maternidad y lo ponía en manos del tocólogo, me asesoraba con las compañeras o, a veces, tenía la suerte de poder asistir el parto, personalmente allí o, en el peor de los casos, yo podía instrumentar la cesárea, aunque esto último ocurrió muy pocas veces, una de ellas en el parto de una mujer que iba a parir su séptimo hijo.

Era una transversa encajada, con un “*con duplicado corpore*” se le practicó una cesárea, tuvo un niño vivo, grande y sin problemas.

Me costó mucho trabajo llevarla a Montesa y en el barrio casi me linchan porque no la había querido asistir en casa y la había llevado a la Maternidad a la viva fuerza, cuando la familia estaba dispuesta a llamar a otra matrona que supiera más.

En la actualidad, combatir el miedo de la parturiente que va a dar a luz en casa me parece un problema más que peliagudo porque tengo la impresión de que las mujeres modernas ya no se dejan impresionar por estampas, cabos de vela, ni escapularios y de que los *cinturones de la Virgen* y las *Rosas de Jericó* deben haber desaparecido del mercado.

A falta de *quitamiedos mágicos*, lo único que se me ocurre es tratar de que el miedo no nos estropee un buen parto desactivándolo, de la única manera que se puede hacer, razonablemente, en esta época. La única defensa que la mujer tiene

La única defensa que la mujer tiene, contra el miedo al parto, es que sepa, de antemano y lo antes posible, qué es el parto, en qué consiste, cómo evoluciona y se desarrolla, cuáles sus períodos, cómo debe ser el comportamiento de la parturiente, en cada uno de ellos y, sobre todo, que no se nos olvide por qué duele el parto y qué hay que hacer para que no duela.

La mujer del Siglo XXI, sabe ya muchas cosas, está en situación de saber parir, de sustituir el instinto con el que paren los animales vivíparos en libertad, con la inteligencia, la disciplina, la voluntad, el saber hacer. La mujer ha tenido siempre miedo al parto a causa del dolor, porque antiguamente no existían otras causas inspiradoras de terror que esa, pero ahora la mujer tiene miedo por más de un motivo y la única arma contra todas es saber la verdad.

Lo que puede pasar, en cualquier circunstancia de la vida, en cualquier caso, en cualquier momento, nadie lo puede saber, las causas de las desgracias son infinitas y, a veces imprevisibles.

Pero la inteligencia, la educación, la cultura, nos dan, hoy en día elementos como para poder defendernos y prepararnos para que un acontecimiento o tarea que hemos de llevar a cabo no nos depara sorpresas desagradables.

Cualquier actividad debe llevar aparejada la suficiente preparación previa encaminada a evitar riesgos, a asegurarse un éxito lo más completo posible.

c) LA IMPACIENCIA

En realidad, no sé quién se muestra más impaciente en el parto en casa, si la parturiente, su familia o la persona que asiste al parto, pues da la casualidad que todos los inventos, o casi todos, están encaminados a aligerarlo, a costa de lo que sea y ni siquiera la eventualidad de que acelerar el parto pueda perjudicar al feto, se tiene, generalmente, en cuenta.

Actualmente, no es de extrañar que en un tiempo en que todo se hace deprisa, la impaciencia tenga un lugar preeminente en acontecimiento tan pesado, tan parsimonioso como es el parto y esa impaciencia está reforzada por la supina ignorancia que se tiene sobre lo qué es y en qué consiste, realmente, el parto.

Todo el mundo sabe que el embarazo se origina a partir de un minúsculo *cigoto* que se ha formado por la unión del óvulo y el espermatozoo, la fusión de sus respectivos núcleos en uno, da lugar a que se cree esa una nueva célula, que es, precisamente, la primera del nuevo ser.

Se admite como lógico y normal que el *cigoto* tarde 280 días en convertirse en un completo y viable *feto a término*, espontánea e intrauterinamente, sin más intervención que la *fuerza vital* del propio *cigoto* y el aporte de materiales que se verifica, sin intervención externa, a partir de los contenidos en la sangre de la madre, a través de la placenta, durante el embarazo.

Pero con el parto no ocurre lo mismo, sino que la ideal general es la de que el parto se presenta de repente, el feto sale disparado, como un cohete, rompiendo cuanto encuentre a su paso, si no se ha prevenido, de antemano, el destrozo con un buen tijeretazo, pero esto ya no ocurre, sino como excepción.

Lo normal ahora es que la mujer tenga que ir a un moderno y bien instalado hospital, provisto de todos los adelantos modernos en drogas y aparatos así como de personal especializado en hacer parir, por buenas o por malas, a las incapaces, a las ignorantes embarazadas que, sin ayuda ajena no podrían hacerlo, sin que se por ahora, por qué la mujer actual ha avanzado en unos aspectos y retrocedido, en otros, hasta el punto de no saber llevar a cabo una función exclusivamente femenina, para cuya realización todas nacen provistas de órganos adecuados para ello que y que sólo fallan en la fase final, la más breve y la más fácil de todo el proceso de reproducción vivípara. ¡Menos mal que dispone, para la realización de esa fase, del concurso imprescindible de la ciencia moderna!

Nadie sabe ni piensa que el feto a término tenga un papel activo en su nacimiento, aunque se admita, a regañía dientes, que si lo tiene en su formación y en su desarrollo, que no hay que hacer nada, una vez fecundada la mujer o la hembra vivípara, para que el embarazo siga adelante y que lo normal es que llegue a buen fin, a su debido tiempo.

Una de las mayores ventajas del actual parto en casa, consiste en que la embarazada que se decide por él, sabe que el parto es un proceso que requiere una *maduración* previa y está dispuesta a someterse a ella, sin suprimirla, como se suele esperar a que madure la fruta, antes de comerla.

En los partos a domicilio, la impaciencia mayor no suele ser la de la mujer, quién. generalmente asume, con optimismo la duración del parto, sobre todo si tiene la idea, bastante acertada, de que las cosas hechas con sosiego, gastando el tiempo necesario, sin precipitaciones y a la velocidad debida, casi siempre salen mejor y lo verdaderamente importante del parto es que termine bien.

La verdad es que la impaciencia es una mala compañía en el parto porque en el domicilio se recurre al traslado al hospital, sin ser necesario. a veces, y en éste, también muchas veces, se interviene, quirúrgicamente, por impaciencia.

Un parto largo, si es posible y el feto está bien, no es motivo para una intervención, ni siquiera el “agotamiento” materno que sirve de disculpa y que debe ser evitado, sin fatigar ni acosar a la mujer, sino aprovechando la pausa en el trabajo del parto para lo que el cuerpo necesita, esto es, descansar.

d) EL DOLOR

El dolor es un toque de alarma que da el cerebro para informar de que algo insólito y perjudicial está ocurriendo en el organismo y lleva aparejada la orden perentoria de librarse del agente que provoca el trastorno.

Lo sensato, ante cualquier dolor, es averiguar sus causas para hacer que desaparezcan y para prevenirlas en el futuro y en la mayoría de los casos, así se hace, pues análisis, reconocimientos, radiografía, etc., son otros tantos refuerzos para dilucidar las causas del dolor y combatirlos o evitarlos.

Es muy lamentable que la idea parto / dolor siga siendo, en la actualidad, “artículo de fe”, como si no hubiera una explicación adecuada y satisfactoria al dolor del parto.

EL PAPEL DE LA MATRONA

Debe consistir, ante todo, en ofrecer a la parturiente consejo y seguridad y mal se puede ofrecer lo que no se tiene. La matrona tiene que ser, por fuerza, una persona, una profesional, segura de sí misma, capacitada para dar un consejo que sea fácil y eficaz y esa capacitación no se nace con ella, sino que hay que adquirirla con el estudio, con la práctica y con la observación.

Un parto hospitalario lo puede asistir cualquiera, no hay más que seguir las instrucciones dadas por el jefe o seguir, a rajatabla, el protocolo, pero para asistir un parto en casa la cosa no es tan sencilla porque allí la matrona es su propio jefe y tiene que confiar en sí misma, actuar con la máxima seguridad, para que esa tranquilidad pueda serle transmitida a la mujer.

Yo estoy casi segura de que los enemigos del parto en casa de los que hemos hablado, tienen una influencia mayor en quién lo asiste que en la mujer que está pariendo y es muy fácil de transmitir el miedo, la impaciencia y la inseguridad a una parturiente, sin que ni siquiera nos apercebamos de ello y en cambio, la seguridad de que todo marcha bien es mucho más difícil de contagiar.

La impaciencia y el miedo de la matrona, en un parto en casa, pueden llegar, incluso, a superar los de la parturiente, pues sin nadie a quién recurrir, sin monitor que asegure el estado del feto, desconfiando de su propio diagnóstico, sobre la eutocia de un parto que dura más de lo previsto, de una dilatación que va tan lenta, quizá se arrepiente de haber aceptado semejante compromiso, pensando que el parto iba a ser como los que vio en el hospital y todo ello contribuye a que se decida a trasladar a la mujer y pensárselo dos veces, antes de aceptar asistir partos en casa.

¿Cuál va a ser la tarea de la matrona en el Siglo XXI? ¿No tendrá otra salida que trabajar como enfermera, bien a las órdenes de un ginecólogo, en el Equipo Obstétrico de un hospital, bien en una consulta de Atención Primaria para informar a mujeres de cualquier edad y condición, de los peligros que acechan su salud, para que los prevengan?.

Claro que eso será en el caso de que la situación actual perdure y las mujeres sigan pensando que “realizarse” es hacer cosas de hombres y que las tareas tradicionalmente femeninas, como engendrar, parir, amamantar, criar y educar hijos, son tareas humillantes propias de cuadrúpedos, de seres inferiores como la mujer lo era, en el pasado. El varón no pare ni amamanta porque es un ser superior, capaz de inventar sistemas, máquinas, aparatos e intervenciones que liberen a las mujeres de tareas inferiores.

Pero las inteligentes, las cultas mujeres del Siglo XXI, acaso no van a seguir “tragándose el sapo” de que las mujeres somos inferiores a los hombres y que la única forma de superarse es renunciar a cosas tan peculiarmente nuestras como el parto y entregárselo a gentes especializadas que lo realicen, no de forma natural, sino científicamente, utilizando el cuerpo femenino como simple materia.

Lo normal, lo corriente, sería que la mujer, que tantas cosas sabe ya, aprendiera, durante el Siglo XXI, quién es y cómo son su cuerpo y su mente y para lo que ambos sirven.

Es muy posible que la mujer se pregunte, en el futuro, el objeto de que haya dos sexos que, decididamente, no son iguales en todo y que halle que la diferencia consiste en realizar cosas diferentes e, incluso en hacer las cosas iguales de forma distinta.

Es posible que las mujeres no se sigan conformando a que las dirijan, las clasifiquen, las digan cómo tienen que comportarse y, sobre todo las engañen, en el parto, sobre su capacidad y sus derechos.

El papel de la matrona, en un mundo futuro e ideal, en el que la mujer hubiera recobrado sus derechos perdidos, cuando pudiera disponer de sí misma para organizar su vida del modo y manera que más le apetezca, cuando ser ama de casa y madre de familia tenga la categoría de una profesión sacrificada, pero honorable y fuera reconocida, unánimemente, como beneficiosa para el conjunto de la sociedad, recobraría, de forma automática, su antigua dignidad.

Cuando la mujer sepa que engendrar, parir, amamantar, criar y educar hijos es un derecho, un privilegio exclusivo, que lo mismo que una mujer sana es capaz de respirar, de digerir, de pensar y de moverse porque posee órganos y funciones adecuados para ello, la inmensa mayoría de las embarazadas son capaces de parir por sí solas porque los fetos femeninos nacen ya con su aparato genital completo.

El papel de la matrona, en un futuro auspiciable debería ser instruir y aleccionar a la mujer embarazada, no sólo sobre los cuidados que su estado requiere, sino informarla exhaustivamente, sobre la verdadera naturaleza del parto, de cómo se desarrolle éste y de la participación activa que la corresponde tener en cada uno de los diversos períodos del mismo.

Asimismo, la matrona deberá preparar a la mujer, sobre todo a las mamás novatas, para que puedan asumir, personal y airosamente, tanto la lactancia materna, como los minuciosos cuidados que el recién nacido, el bebé y el niño o la niña necesitan.

La tarea futura de la matrona debe ser enseñar a la mujer a parir y a criar a su hijo, a demostrarle que parir es un acto fisiológico normal para el que cualquier mujer sana, en edad fértil, tiene la suficiente capacidad.

Naturalmente, la matrona deberá poseer más conocimientos obstétricos que los que posee como enfermera y la sobran otros que son de enfermería y no tienen aplicación en un parto natural, en casa.

A mi juicio, el aprendizaje del parto hospitalario no basta para asistir, correctamente, un parto en casa porque, en ese caso, faltan los medios, tanto de aparatos como de drogas y técnica que en el hospital se emplean por lo que asistir un parto en casa igual que en el hospital, no es posible.

Las matronas clásicas solíamos tener una idea bastante aproximada de en lo que consistía el trabajo del parto, de sus períodos, de sus pausas, de sus verdaderas o de sus falsas complicaciones porque habíamos presenciado muchos partos naturales y sabíamos distinguirlos de los, antes escasísimos partos distócicos, que poníamos, de inmediato, en manos del tocólogo.

En realidad, éramos las sucesoras de la *obstetrix romana* y hacíamos como ella, “estar presentes, estar al lado”. Muy pocas matronas tituladas, con suficiente práctica y estudios, intervenían activamente en el parto, por temor a “hacer daño”, por que *Primum no nocere*, era el lema de la Escuela y nos limitábamos a observar que el parto era normal, sin temor ni impaciencia.

HOMENAJE A CONSUELO

Dña. Mercedes Serrano.

Nuestro homenaje, admiración y amor a una gran mujer, a una persona capaz y valiente, a una pionera, nuestro homenaje a su limpio corazón, sus ganas a aprender y enseñar, nuestro homenaje a su persona y a su vida.

He reído, llorado y aprendido tanto con ella, su visión es tan amplia, tan sabia, tan enriquecedora, tan lúcida, ...; se sabe y se siente tan segura.

Ella os ha contado como ha vivido su vida, nosotras os podemos contar como la hemos percibido. En el año 90 alguien nos enseñó un escrito suyo, y nos dijo que vivía en Madrid. La busqué, me permitió ir a verla y recuerdo aquel día con gran claridad.

Me abrió la puerta sola, tan chiquitita, con su hemiplejia, y con una fuerza y una determinación que me impactaron.

Ni entonces ni ahora quiere hablar de sus enfermedades. Lloré, me reí mucho esa tarde, y salí de su casa con la sensación de haber encontrado un tesoro.

Yo me sentía y me siento muy contenta de ser comadrona (de todas formas no puedo ser otra cosa). Me gustó compartir ese sentimiento con ella. Nos dimos cuenta que la primera profesión en la historia de la humanidad no es la que dicen sino que siempre hubo una mujer al lado de otra mujer cuando iba a parir o quería o necesitaba ayuda en las “cosas de mujeres”. Supimos que lucharíamos con todas nuestras fuerzas para que esta digna, hermosa y a veces, dura profesión recupere lo que nunca debió dejar de ser.

Consuelo no ha descansado de esta lucha nunca, y ahí sigue, buscando y ofreciendo, a todo el que quiera escucharla, que ser comadrona es algo por lo que vale la pena trabajar y que ha sido una parte esencial de su vida.

Ahora, que pronto iniciará su último viaje con este cuerpo, quiero decirle que la queremos, que mi vida ha sido mejor por conocerla, y que ella será comadrona y comadre para siempre, allí donde vaya.

Mercedes Serrano.

RECUPERAR LA PLENITUD DE ALMA EN LOS NACIMIENTOS

Dña. Helena Solé.

Como Alma entiendo esa esencia, ese algo invisible que llena todo nuestro ser y que nos hace vivir, vibrar, sentir... pero tan difícil de explicar.

Ese algo mágico y sagrado que nos guía por caminos, que la razón no entiende.

Las emociones son cualidades del alma, que nos hacen vivir con intensidad. Cuando los partos se convierten en algo aséptico, impersonal y mecánico, no se permite que las mujeres sientan esa esencia vital de su naturaleza. Nuestra naturaleza animal y humana más intensa, aflora en los nacimientos. Las emociones, instintos e intuiciones están a flor de piel en los embarazos y en los partos, con toda su belleza, fuerza y poesía.

Los sentidos están más abiertos: olores, sabores, colores, sonidos, el tacto de la piel y ese sexto sentido que es la intuición y que nos hace saber lo que nos conviene y lo que no, para proteger a nuestro bebé.

Un parto vivido plenamente nos fortalece como mujeres y como madres y por tanto, como seres humanos. Podemos vivir el nacimiento de nuestras hijas e hijos con plenitud cuando estamos en un ambiente tranquilo y cálido, rodeadas de las personas que hemos elegido para acompañarnos, que nos quieren, nos van a ayudar y nos van a permitir ser libres para decidir que queremos y que no queremos, que confían en nuestra sabiduría interior, que nos respetan. Podemos vivir un parto con caricias y masajes en lugar de agujas, monitores, sondas y rasuradoras. Con música relajante en lugar de parloteos sin sentido. Con olor de hierbas y flores y ese peculiar olor de los partos en lugar de desinfectantes. En un lugar decorado a nuestro gusto con colores que nos inspiren, luces suaves o velas en lugar de neón.

Libertad para beber y comer según nuestros deseos.

Libertad para pasear, bailar o estar quietas, para cantar, gritar o estar en silencio, libertad para darnos un baño que nos alivie el dolor si lo necesitamos, para acariciarnos con nuestra pareja si queremos.

Yo elegí dar a luz a mi hija en casa, en la calidez de mi hogar. Llegaron otras madres y amigos a acompañarnos y también mi hijo. Comprendía la fuerza del grito para ayudar a nacer. Y recibí yo misma a mi hija con mis manos, a la luz de las velas, con fuego de leña, apoyada en mi compañero. Recogí yo misma la placenta y pude sentir las emociones del nacimiento profundamente, abrazar a mi hija piel con piel, olerla, sentirla, con ternura infinita. Con aquellas fragancias y melodías de la vida que me ayudaron a sentir esa plenitud de alma y que influyen en toda la vida con mi hija.

Me gustaría ayudar en lo que pueda a otras familias a disfrutar con intensidad el embarazo, parto y crianza de sus hijos respetando sus deseos, forma de ser y creencias. A perecerme cada vez más a aquella comadrona que hubiera querido tener a mi lado en el embarazo y nacimiento de mi hijo

Helena Solé

PARTO Y NACIMIENTO EN CASA, EN ZAMBIA

Dr. Peggy Chibuye

El parto y nacimiento en casa se practica ampliamente en Zambia. Sobre el 54 % de las mujeres embarazadas en áreas urbanas y rurales paren en sus hogares o lugares designados para este fin. Los asistentes tradicionales de nacimiento (TBAS) han conducido y atendido el parto en casa durante siglos hasta 1973 cuando el gobierno instituyó un programa de entrenamiento para mejorar sus prácticas. Se generaron dos tipos de TBAS, por un lado las parteras tradicionales entrenadas (TTBA) y las que no recibieron el entrenamiento (UTBA).

Las parteras profesionales no asisten partos en casa porque las Comadronas y Enfermeras no están reconocidas legalmente para ello según Cap. 538 de 1970.

Las prácticas de nacimiento en casa varían entre TTBAS y también entre UTBAS. En 1998, un número importante de TTBAS no daba alimento a sus clientes, los otros dieron alimento molido, incluyendo yerbas.

Diferentes estrategias se usaron para conseguir una atención unificada. Estos oscilaron desde ventilar el bebé para inducir vomitando. TTBAS cortaban el cordón con un par de tijeras y por otro lado las UTBAS usa hojas nuevas de afeitar y artículos rudimentarios, tales como cañas. El cuidado del cordón oscilado desde dejarlo secar a utilizar materias peligrosas como carbón y yerbas.

En muchos casos, las madres eran diferidas a los centros sanitarios más cercano. La retención de la placenta se resolvió con presión en el fondo del útero, soplando en un recipiente tal como una botella y usando "expertos" de la comunidad.

Las limitaciones del parto en casa son muchas. Estas incluyen un número bajo de TTBAS, la limitada evidencia de la efectividad de los programas de TBA, para contribuir a la seguridad y limpieza del parto en la comunidad y algunas prácticas culturales nocivas enraizadas. La estrecha economía acentúa esto. El Gobierno carece recursos para cumplir las recomendaciones realizadas en el informe de evaluación del programa de TBA 1998.

La situación se puede cambiar a mejor aunque no en un futuro próximo. El Gobierno es actualmente revisando el programa de TBA a fin de fortalecer el entrenamiento y función de las TTBAS. La comunidad desea que el programa continúe. Además, el Gobierno aprobó el Acta para Enfermeras y Comadronas Cap. 31 en 1997 dando cobertura legal para la realización de partos y nacimientos en casa.

Los Antecedentes

Zambia es un país interior con una superficie de 752,614 kilómetros cuadrados. Ocho países lo rodean: La República Democrática del Congo y Tanzania en el norte; Malawi y Mozambique en el este; Zimbabwe y Botswana en el sur; Namibia en el sudoeste y Angola en el oeste.

La economía mixta de Zambia consiste en un sector moderno y urbano - orientado de manera restringida a la línea de tren, y un sector agrícola rural. Las minas de cobre contribuyen el 45 por ciento de la renta del gobierno desde 1965 a 1975 pero esto bajó drásticamente debido a la caída del precio del cobre, un alza en el precio del combustible, una lenta marcha de industrialización y una dependencia importante de las importaciones. Consiguientemente, el PIB ha continuado disminuyendo desde 1973 y la tendencia es a continuar así durante muchos años. Zambia está entre los países menos desarrollados del mundo (Banco Mundial, 1999).

En 1996, se estimó que el 69% de la población eran pobres (ZDHS, 1996). Una estimación reciente indica que puede ser del 80% (LCMU, 1998). Esto significa que más de las dos terceras partes de la población viven en la pobreza. Las principales causas de pobreza son el crecimiento económico lento que conduce al desempleo alto, el analfabetismo elevado clasificado especialmente entre mujeres y desarrollo pobre de infraestructura en áreas rurales.

La población de Zambia se ha triplicado desde 1964. El censo nacional de 1969, 1980 y 1990 informó de totales de población de 4 millones, 5.7 millones y 7.8 millones respectivamente, con el valor de crecimiento de 2.7 por año en el 1990

(CSO, 1969, 1980, 1990). La población se estimó de 10.4 millones en 1999 (CSO, 1999). Sobre 42% de la población vive en áreas urbanas.

Maternidad Segura

El Gobierno de Zambia, mediante el Ministerio de Salud (MoH) adoptó la Iniciativa por una Maternidad Segura en 1987 (MoH, 1988). El Gobierno se comprometió a reducir la mortalidad materna priorizando lo siguiente:

Cuidados Prenatales (ANC), un parto limpio y seguro, integración de los servicios de atención del postparto y planificación familiar, gestión y cuidado obstétrico básicos y cuidados de las complicaciones de los abortos.

Aunque, la asistencia prenatal sea del 92% (ZDHS, 1996), el plan de cuidado prenatal no está implantado de una forma clara y no hay cambios en la media del mes, 5.6, de edad estacional en que las mujeres reciben los beneficios de los cuidados prenatales.

Por lo tanto, la mayoría de las mujeres embarazadas no completan las vacunaciones antitetánicas, suplementación de micronutrientes y tratamiento preventivo para la malaria porque comienzan los cuidados en el último trimestre. Esto incluye una menor posibilidad de diagnosticar y tratar infecciones de transmisión sexual (STI).

Además, en 1996, el porcentaje de mujeres embarazadas cuidadas por personal sanitario disminuyó del 50% al 46,5% (ZDHS, 1996). Supuestamente, la actitud negativa de parteras (y las otras enfermeras) parece contribuir a que más mujeres optaran por parir en casa que en instalaciones de salud.

Además, el resto de los esfuerzos se han quedado sobre el papel. Por ejemplo, la Política Segura de Maternidad ha permanecido en el papel durante muchos años. Mientras tanto, los esfuerzos para reducir la morbilidad materno-infantil han sido limitados por el aumento de las enfermedades de transmisión sexual, HIV / SIDA epidémico, embarazo en adolescentes, abortos y malaria.

Consiguientemente, la morbilidad materno-infantil ha aumentado desde 1980 a pesar de poner numerosas medidas, incluyendo la actuación en adolescentes. Aún algunos de los factores favorecedores podrían efectivamente administrarse en la comunidad realizando un programa agresivo de obstetricia comunitaria y servicios por parteras profesionales.

En 1992, se estimó que la tasa de morbilidad materna (MMR) era 200/100,000 nacimientos vivos (ZDHS, 1992) y esto había subido a 649 / 100,000 nacimientos vivos en 1996 (ZDHS, 1996).

Por ejemplo, la tasa eran 1000 / 100,000 nacimientos vivos en el distrito de Mongu, y 1113 / 100,000 nacimientos vivos en el distrito de Kalabo de Distrito, (Kufuna et. Al, 1993).

Las tasas oficiales son difíciles de conocer, pues no todos los distritos lo comunican adecuadamente.

Zambia parece tener la más baja tasa de prevalencia contraceptiva de Sur de África. Actualmente, el valor es 14 % para los métodos modernos de planificación familiar y 9 por ciento para métodos tradicionales (ZDHS, 1996).

Las principales causas de mortalidad materna en Zambia son sepsis, hemorragia, aborto provocado, eclampsia y rotura del útero. Los factores que contribuyen son edad temprana del primer embarazo, embarazos muy seguidos, paridad alta, el alto número de partos no supervisados por personal sanitario, instalaciones de salud poco equipadas, sistemas de referencia escasos y el uso de yerbas tradicionales potencialmente nocivas durante el trabajo de parto (UNICEF, 1996).

Servicios de Comadronas

Actualmente, las parteras en Zambia no tienen autorización legal para atender partos en casa y solo lo pueden realizar en instalaciones sanitarias. Existen un número muy bajo de comadronas profesionales.

Un número importante ha emigrado extranjero en busca de condiciones mejores de servicio.

A la vez, no es posible formar a más profesionales debido a las limitaciones económicas del gobierno.

Se estima que el 54% de partos se producen en los hogares, ya sean rurales o urbanos (ZDHS, 1996).

¿ Quien cuida a las mujeres embarazadas en la comunidad?

Los Asistentes Tradicionales de Nacimiento: Su Historia

En Zambia, TBAS ha conducido partos domésticos en ambas áreas urbanas y rurales durante siglos. Las habilidades tradicionales de nacimiento se pasan de una partera a otra (Jaffre y Prual, 1994; Anderson y Staugard, 1986). Sin embargo, hasta 1972 el gobierno no reconoció la contribución de las TBAS a la salud materna en la comunidad basado en el importante número de partos domésticos y en la confianza y respeto de la comunidad (Maimbolwa, 1998; UNICEF, 1982). El objetivo fue aumentar el número de nacimientos asistidos por TTBAS (UNICEF, 1982).

El MoH, con el apoyo de UNICEF, comenzó a entrenar a las TBA en 1973. Esto unificaría las demandas de la comunidad y el número de parteras (o personal de salud) y las TBAS contribuirían a reducir la morbilidad materno-infantil (UNICEF, 1982).

Los objetivos eran:

- seleccionar y entrenar TBAS, para mejorar su conocimiento y pericia en cuidados maternos ofrecidos a la comunidad
- fomentar y reforzar las prácticas y creencias culturales positivas y beneficiosas y

eliminar las influencias negativas y nocivas sobre el embarazo y parto.

- mejora la colaboración entre el TBA y el sistema central de cuidados maternos e infantiles.
- desarrolla TBAS como un equipo multidisciplinar de salud
- inculca prácticas de salud básicas y de aseo personal. (MoH, 1973).

Muchos distritos de koas y las organizaciones no gubernamentales (ONGS) entrenaron a TBAS entre 1973 y 1976 a lo largo del país.

El número de TBAS entrenadas no es conocido y no se sabe quien a sido entrenada.

El Gobierno, a la vista de esto, suspendió el entrenamiento en 1976 a fin de desarrollar los criterios de selección y entrenamiento para TBAS. Los criterios eran que el candidato debería ser una partera tradicional, reconocida y seleccionada por la comunidad, y que la comunidad pagaría a la TBA. El entrenamiento de TBA se reanudó en 1977. Con este entrenamiento, aparecen dos categorías de TBAS en Zambia, TTBA y UTBAS.

La práctica del parto y nacimiento en casa por las TBA.

El parto en casa es un acontecimiento muy feliz en Zambia como en muchos países occidentales. En la mayoría de los casos, los amigos y parientes adultos permanecen cerca del lugar de nacimiento para dar apoyo moral a la mujer en el trabajo de parto.

Las prácticas sin embargo, varían entre TTBAS y también entre UTBAS. Un estudio del MoH en 1998 sobre el programa de TBA en Zambia daba a conocer que el 90% TTBAS y 92.8% UTBAS asistieron partos en casa. El resto asistió partos en centros de salud primaria o en tugurios.

Igual que en el caso anterior, es probable que los amigos y los parientes adultos permanecieran cercanos para dar apoyo moral a la mujer durante el trabajo de parto. La mayoría, 97.5% TTBAS permaneció con la mujer durante el trabajo de parto y el parto (Maimbolwa, 1998).

Por otro lado, la práctica entre TTBAS y UTBAS también varía con respecto a dar alimentos a la mujer en el trabajo de parto. En el mismo estudio, el 50% de TTBAS no permitió comer a las mujeres. Mientras el 54% TTBAS dio una suave papilla, el 6.3% dio yerbas, el 5% dio agua y otro 5% dio té y cerveza dulce (Maimbolwa, 1998). Las prácticas eran las mismas entre UTBAS (46.4% no dio a las mujeres alimentos, 26% las dieron yerbas y 19% las dieron cerveza dulce y un puré suave. En ambos casos, el estudio no indicó las razones por las cuales las TTBAS y UTBAS no dieron alimento a las mujeres en el trabajo de parto.

Muy probablemente, las TTBAS ha continuado con sus prácticas culturales en sus áreas a pesar de el entrenamiento.

Con respecto a la posición para el parto, las TTBAS usaban la posición de litotomía para el como indicar el manual de entrenamiento para TBA (MoH, 1985).

El programa recalca de manera importante algunas prácticas modernas de obstetricia. Por otro lado, es probable que las UTBAS hayan mantenido la posición aprendida de sus mentores tal como de cuclillas. Un estudio sobre TBAS en el Distrito de Petauke, Provincia Oriental en 1986 encontró que TTBAS usaban para el expulsivo la posición de cuclillas y después del entrenamiento cambiaron a la posición de litotomía.

Por suerte, los entrenadores de TBAS están fomentando en los cursos de repaso y en los nuevos entrenamientos de TBA la recomendación de la libre elección de la mujer para el trabajo de parto y el expulsivo.

Con respecto a la planificación de cuidados al recién nacido, las prácticas variaron entre TTBAS. Algunos ventilaron el bebé, sostuvieron al bebé boca abajo y golpearon la nalga.

Otras explotaron la lengua del bebé, salpicaron agua sobre la cara del bebé, aspiran los mocos de las narices y la oca, cosquillas en los pies, pellizcaron las orejas, bañaron los bebés en la agua fría o indujeron el vomito (Maimbolwa, 1998).

Durante el entrenamiento de TBAs se enseñó el uso de un par de tijeras para cortar el cordón. Estas se daban dentro del Kit para TBAs.

El 54.4% TTBAS uso un par de tijeras para cortar el cordón, a veces sucias, oxidadas y sin esterilizar (Maimbolwa, 1998).

El MoH, con el apoyo de UNICEF decidió no dar mas Kit a las TBA.

Sin embargo, algunas ONGs siguen dando los kit.

Mientras tanto, algunas UTBAS usó artículos toscos y sucios tales como cañas.

Era evidente en la evaluación del programa de formación de TBA de 1998 que algunas TTBAS continuaban sus prácticas a pesar del entrenamiento. Por ejemplo, 47.5% de TTBAS dijo que ellas cortaban el cordón inmediatamente de nacer el bebé mientras otras esperaban hasta que el cordón dejaba de latir hasta después de la expulsión de la placenta.

Además, algunas TTBAS limpiaba el cordón con agua fría y sal y mantenían seco mientras otras usaban un trapo limpio para tapa el cordón, a forma de venda, hasta que se secaba.

El estudio daba a conocer situaciones importantes en salud prenatal, como es el caso el aumento del Tétanos en Zambia (MO / CBOH, 1999). Quizás, este se pueda vincular a no completar la vacunación antitetánica durante el periodo prenatal.

Algunas TTBAS en el Distrito de Senanga, Provincia Occidental, aplicó palos sucios, el carbón, ceniza de yerbas mezcladas con vaselinas y otras leche materna (Maimbolwa, 1998).

La retención de placenta fue manejada de distinta forma de una TBA a otra y según el Distrito.

Osciló desde esperar y trasladar a la mujer al centro más cercano de salud, aplicar presión en el fondo del útero, soplar en una botella a la extracción manual de la placenta por "expertos" dentro de la comunidad. Había una muerte maternal cada 30 partos atendidos por TTBA y tres muertes maternas cada 25 madres atendidas por UTBAS en 1997. El estudio de evaluación de las TTBAS 1998 mostró que las TTBAS habían atendido más mujeres que en el estudio de 1993 donde las TTBAS había asistido a una sola mujer por año (Chibuye, 1993).

Las Limitaciones

El número de TBAS entrenadas a lo largo del país no es conocido. En 1998, 50% TBAS trabajó solo cubriendo áreas escasamente pobladas; tres TBAS sirvió un cierto número de aldeas mientras otras no tuvieron ninguna. Por lo tanto, el parto limpio y seguro no está asegurado en la comunidad. El gobierno no ha apoyado a las TBA entrenadas desde 1998 cuando la segunda evaluación del programa de TBA se realizó. No obstante, alguna ONGS ha continuado entrenando TBAS en distritos seleccionados pero los estudios realizados en 1998, 1982, 1972 y otros estudios evidencian la escasa eficacia de estos entrenamientos. Aún, el número de TTBAS es bajo comparado a la necesidad de partos en casa en la comunidad particularmente en áreas rurales donde acceso al cuidado de maternidad es limitada. Además, algunas mujeres paren en el hogar en áreas urbanas porque no tienen dinero para pagarse la asistencia en los centros de salud.

Evidentemente, las UTBAS han continuado siendo populares en la comunidad a pesar de los continuados programas de entrenamiento de TBAS. Algunas de las razones son que hay más UTBAS comparado con las TTBAS y que ellas parecen expertas en administración remedios herbáceos que se perciben como capaces de resolver la mayoría de las complicaciones del trabajo de parto y expulsivo. Además, algunas TTBAS se utilizaron menos porque ellas eran seleccionadas por una minoría de la comunidad (Maimbolwa, 1998). En algunos casos, las mujeres seleccionadas para entrenar no eran TBAS pero son parientes de líderes comunitarios. Por lo tanto, la comunidad los rechaza después de entrenar. Las otras razones incluyen, las cargas exorbitantes para las TTBAS, que están en contraste con la política comunitaria de gobierno y normas sobre el pago a las TTBAS (Chibuye, 1993). Esta política fomenta en la comunidad como determinar el pago a las TTBA.

Una limitación importante al parto en casa en Zambia es la economía pobre, que afecta los esfuerzos para reducir tasa de morbilidad y mortalidad maternoinfantil.

El número de partos en casa aumenta en ambas áreas urbanas y rurales pero el Gobierno carece los recursos financieros y humanos para apoyar el entrenamiento TBA como parte de las reformas sanitarias en Zambia.

Futuro del parto en casa

El gobierno está revisando el programa de TBA con base en las recomendaciones recientes de la evaluación de los programas de TBA en 1998.

Es necesario fortalecer no solamente el entrenamiento sino también los sistemas de apoyo. Estas incluyen incorporación de la matrona a la comunidad en relación a TTBAS en la Salud Reproductiva, seguimiento efectivo de su capacidad para construir estructuras de formación institucionales e individuales trabajar con TTBAS de distintos niveles y Distritos.

Los mecanismos, tal como los comités de Salud de los barrios y grupos religiosos podrían usarse más para promocionar un parto seguro y limpio en el hogar mediante la información, educación y comunicación.

El gobierno aprobó el Act Cap. 31 de 1997 para reemplazar al Act Cap. 71 de 1970 de enfermeras y parteras.

El nuevo Artículo ha redefinido el alcance de la práctica de parteras (y las enfermeras generales) permitiendo la práctica independientemente y así aumentar sus papeles y la contribución potencial que pueden hacer para mejorar acceso al cuidado de obstetricia. Las parteras pueden establecer servicios privados de obstetricia y asistir partos en casa. Desafortunadamente, el Artículo espera la firma del Ministro de Salud a fin de que esta ley progresista en la mejora de la salud maternal en Zambia sea efectiva. No obstante, un análisis de los costos sanitarios es necesario para poder llevarlo a cabo.

Conclusión

Los asistentes tradicionales de nacimiento han hecho un trabajo meritorio con respecto al nacimiento de niño y parto en Zambia. Ellas han ofertado este servicio desde hace muchos años. Ellas son reconocidas y disfrutan de la confianza desde la comunidad. Sin embargo, dada las variadas prácticas que practican, algunas quizá nocivas, las contribuciones de las TTBAS a salud maternoinfantil no se apreciarán hasta que se documenten empíricamente, el número de TBAs entrenadas aumenta, el entrenamiento se mejora y la relación con el sistema formal de salud se fortalece.

Actualmente, las parteras profesionales no asisten partos en casa en Zambia. La situación probablemente cambie pronto, cuando el Ministro de Salud firme la orden ministerial Act Cap31 de 1997, que da autoridad legal a parteras para atender de forma privada, incluyendo partos en el hogar.

Pero la escasez de parteras es pareja a la salida al extranjero en busca de mejores condiciones y es necesario un aumento de los partos atendidos por ellas.

Es necesario un estudio de la calidad y de costo-efectividad de los servicios de parto y nacimiento en casa prestados por las parteras profesionales.

LA SALUD EMPIEZA POR EL PRINCIPIO.

Dra. Montserrat Catalán

Primero transmitir al Congreso un saludo entrañable de todas las personas que forman el Colectivo de Acuario.

Tras todo lo oído y vivido en este Ier. Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa trataré de plantear unos conceptos que, como todo, será bueno releer y reflexionarlo cuando nos llegue el Libro o el Disquete con la recopilación de las Ponencias, porque además de llevárnoslo en el corazón será bueno que quede escrito.

Yo entiendo que la Obstetricia ha cambiado mucho en muy poco tiempo, ¿qué son 100 años?. Han muerto y mueren muchas mujeres y niños en el parto. Hace 100 años en ningún punto del planeta se podía resolver el drama que suponía una placenta previa o una situación transversa. Que hoy sigan muriendo mujeres y niños por estas y otras razones en partos domiciliarios es un problema de injusticia, de insolidaridad, de egoísmo, de racismo, de deshumanización de tod@s. También de quienes estamos anhelando humanizar el parto en nuestro medio. De quienes tenemos resueltos estos problemas y nos lavamos las manos y la conciencia votando cada cuatro años.

Ahora que sabemos que la tierra es redonda y que sabemos de la vida en todos sus rincones **hemos perdido la noción de colectivo humano**. La fraternidad, la ayuda mutua, el contacto, ... de que nos han hablado desde la primera a la última ponencia, ¿qué lugar ocupan en nuestra piel, en nuestro corazón, en el pensamiento de cada un@ de nosotr@s?

Podríamos preocuparnos y ocuparnos de estos temas y no dejar que los resuelvan quienes en realidad los mantienen a conciencia.

No les pido que coincidan conmigo, simplemente libertad para expresar mi opinión. Hoy no falta sólo libertad de expresión, ustedes están diciendo en estos días que no pueden expresarse ni siquiera en su trabajo. También falta libertad de acción, respeto a la diferencia, respeto al individuo. Y, sobre todo falta libertad de pensamiento, libertad de intuir, libertad de probar, libertad de sentir otra forma de vivir.

Es el tiempo del pensamiento único, de la economía única, del pragmatismo único, de la eficacia única, del cientifismo único, de la producción y divulgación intelectual única, como si después de nosotr@s ya no hubiese nadie más. La colonización es tan fuerte, que además de dominar los medios de comunicación de masas, que silencian cualquier discrepancia en lo científico, en lo social, en lo cultural, en lo económico, si no les es posible silenciarlo, simplemente lanzan al tema referencias descalificadoras, con las que se queda el público sin más interés, ocupado en trabajar para consumir, y engalanarse en oro, ... Seguimos validando el refrán **“tanto tienes, tanto vales”**, aunque no nos quede **tiempo** para disfrutar, para vivir y para llevar adelante las actividades que harían posible lo anhelado en este Congreso. **El tiempo** a mi entender es el bien más escaso entre los adaptados al sistema, y para mí el bien máspreciado y el más necesario en nuestra profesión y en nuestra vida.

Hoy la censura ideológica no se ejerce quemando libros, sino comprando los títulos para que nadie pueda publicarlos, sin infringir sus leyes. Actualmente no tenemos en las librerías, ni el Nacimiento sin Violencia de F. Leboyer, ni Nacimiento Renacido o el Hombre Ecológico de M. Odent, entre otros muchos de distintas áreas de estudio.

Se está clonando el pensamiento al mismo tiempo que los embriones,

Como nunca en la historia de la humanidad, les es necesario, parece ser que nos es necesario seguir pagando impuestos para construir las armas más mortíferas, para que nos defiendan ¿de qué? Y seguir matando niños y mujeres a quienes, sin embargo, con el cinismo que “podemos” excusar en una pretendida ignorancia, deseamos un parto y nacimiento más digno. Armas, que nos decía Casilda, por lo menos hasta ahora no se han encontrado en la arqueología del Paleolítico. Oigo hablar de globalidad. ¿no debería ser nuestro pensamiento y nuestra actitud un poco más global, coherente, y consecuente?

En nuestros países donde estos graves problemas están resueltos, podemos preocuparnos y ocuparnos de que al parto y al nacimiento y a las mujeres y a los hombres les llegue la tranquilidad, la serenidad, el deseo, la ilusión y el gozo de parir en paz.

El deseo de **“una hora corta”**, no es el deseo de un parto rápido e intenso, sino el deseo del fin de la angustia con que, todavía hoy, se vive el parto, saber si al fin, madre e hij@, l@s dos están viv@s y san@s. Estos días ya hemos hablado mucho de que la medicalización actual contribuye a mantener ese nivel de ansiedad.

En estas tareas, tan amplias, tan dignas y tan magníficas como cada un@ las viva, todo es importante y son importantes personas como M. Odent, como Sheila Kitzinger, como los fontaneros y constructores que optimizan la conducción del agua potable y las aguas residuales, evitando las epidemias, como los poetas y revolucionarios, como las personas que hemos conocido aquí estos días, como tantísimas que no están aquí, que no escriben o no conocemos, pero **en la tarea de construir un mundo mejor tod@s somos importantes**. Cada un@ con sus cualidades y en su lugar. Cada mujer con sus capacidades y sus circunstancias. Cada persona, hombre o mujer y l@s niñ@s, ... **los debates de estos días se acaban en el comienzo: l@s niñ@s.**

Cuando os quede **tiempo** pensad, ¿qué hacemos con l@s niñ@s?

¿Qué han hecho con nosotr@s mism@s? Desde niñ@s nos han enseñado, hemos aprendido, a armar bien nuestra coraza, a construir nuestras defensas para combatir en este mundo de la eficacia, de la eficiencia, de la productividad, de la rentabilidad y de la competitividad, ... este lenguaje bélico y agresivo, ya nos suena hasta familiar, el lenguaje de la emoción y los sentimientos se nos vuelve simplón.

Pero tod@s a pesar de todo, encontramos rendijas, grietas en nuestras murallas y si nos lo permitimos podemos incluso hacer uso de nuestra sensibilidad, de nuestra capacidad crítica, de nuestra iniciativa, de nuestro coraje y de nuestro valor y decidimos a plantear dudas, a discrepar, así creo que empezó M. Odent y l@s demás. Con dignidad, coraje y valentía, con respeto y humildad. Se trata de tener el derecho a correr el riesgo de equivocarnos.

No se trata de cambiar unos dogmas por otros. No tenemos la obligación de saberlo todo, sino más bien de dudar todo, de poner lo indiscutible en cuestión. Es la esencia de los cambios.

Estamos acostumbrad@s a dar muchas órdenes y a recibirlas, a dar y recibir, y pedir menos explicaciones, y, a **escuchar** muy poco. Escuchamos poco porque participamos de la prepotencia del sistema. Escuchamos poco porque despreciamos, minusvaloramos a la persona con quien tratamos, sin tener en cuenta que la persona que viene a buscar un consejo o a compartir su situación con nosotr@s posiblemente sepa tanto o más de la vida que nosotr@s mism@s.

El mismo lenguaje nos delata. Llamamos “**pacientes**” a las mujeres y a los enfermos. Por eso les damos “**órdenes médicas**”, o de cualquier tipo. Las mujeres y los enfermos deben ser agentes de su salud, y no pacientes, tomar la responsabilidad y las decisiones respecto a su situación, ser promotores activos de los cambios que necesitan o no, para afrontar su enfermedad o para crecer en felicidad, en el caso de la gestación.

Pensad si debéis tolerar más la palabra “**paciente**”, y si creéis que no, tachadla de los impresos.

Las mujeres no deben ser “pacientes”, ni preguntar “si se han portado bien”, ni tampoco tienen contracciones de Braxton-Hicks, ni sienten el reflejo de Ferguson. Ascender en la escala jerárquica del poder médico, supone dejar el nombre propio en cualquier cosa. Ninguno de estos señores tuvo estas contracciones, ni sintió estos reflejos. Espero que nunca hablemos, ni las generaciones futuras hablen del “relax de M. Odent”, cuando propongamos a una mujer entrar en el agua durante su dilatación. Aunque sí podamos transmitir y así lo hacen sus textos, la cualidad de un hombre sensible, crítico, investigador, consecuente, por ello innovador, valiente y arriesgado, amante de la humanidad.

La madre, cuando la cabecita del bebé baja, siente la necesidad de ayudar a su hijo a nacer, de impulsar su salida, de acompañarle, pero no quiere “**expulsarle**”. Y el bebé quiere “nacer”, me parece que no está deseando ser “**expulsado**” del vientre de su madre. ¿Quién habla de “**expulsivo**”. El lenguaje nos delata.

Si cambiamos actitudes, cambiará el lenguaje y viceversa. No puede decirse con el mismo tono de voz, ni mantener la misma mirada al decir: “Sientes como el bebé te pide ayuda, sientes como al bajar su cabeza estimula tu pujo, ...”, o al decir: “Empuja fuerte, fuerte y seguido, más, empuja”, si se hace esto de forma sistemática, no cuando en alguna ocasión puede parecernos necesario.

He sentido la necesidad de decir estas cuatro cosas, con la intención de unir mi llamada a otras llamadas habidas en el Congreso a activar el compromiso de cada cual. Pero en realidad mi misión es presentaros un

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Se trata de un

ESTUDIO SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LOS NIÑOS O JÓVENES ESPAÑOLES NACIDOS Y/O CRIADOS DE LA FORMA MÁS NATURAL POSIBLE, DURANTE EL PERÍODO 1978 - 2000. BÁSICAMENTE “NO VACUNADOS O VACUNADOS PARCIAL Y TARDÍAMENTE”.

El proyecto lo hemos diseñado desde:

**LA LIGA POR LA LIBERTAD DE VACUNACIÓN
LA MATERNIDAD ACUARIO
LA FUNDACIÓ UNIVERSITAT VERDA DE CATALUNYA Y
LA ASOCIACIÓN NACER EN CASA.**

Sobre el tema de las vacunaciones, existe amplia bibliografía que os ofrezco a continuación y ha sido ampliamente investigado por el Dr. **Michel Odent** desde el Centro de **INVESTIGACIÓN SOBRE SALUD PRIMAL** que dirige en Londres actualmente y dado a conocer a través de la publicación trimestral que lleva el mismo nombre. Tras muchas

vicisitudes, en estos momentos la tenemos traducida al castellano puntualmente y las suscripciones, ya las habréis visto en la mesa del vestíbulo. Las atrasadas, especialmente algunas más solicitadas, deseamos poder ofrecérselas en un futuro.

Las personas que individualmente o profesionalmente se interesen por este estudio pueden ponerse en contacto con cada Asociación, o directamente con:

Dr. Xavier Uriarte y Joan Mora Tel. 972 20 28 03

Liga por la Libertad de Vacunación

Dra. Amparo Navarro Tel. 963 61 93 15 / 963 62 35 74 Acuario

Dra. María Fuentes Tel. 956 23 12 11 Nacer en Casa

Dra. Cristina Aznar Tel. 943 64 07 07 Nacer en Casa

Dra. Montserrat Catalán Tel. 608 44 02 83 Nacer en Casa. Acuario

Presentaros a **MICHEL ODENT**, agradecerle las veces que con excepcional puntualidad ha respondido a mis preguntas, y el interés que ha tenido en que la Revista de Investigación en Salud Primal nos llegara en una buena traducción al castellano.

Cirujano desde su día, a raíz de sus vivencias, observador e impulsor del ambiente íntimo en el parto y del uso del agua especialmente durante el período de dilatación, en la Maternidad de Pithiviers, más tarde consecuente con su experiencia defensor del parto en casa, el territorio propio de la mujer, en que el extraño y quien debe pedir permiso es el médico o la comadrona. Autor de muchos libros, no todos ellos traducidos, ni todos en el mercado. Promotor actualmente del Centro de Investigación Primal en Londres. De él ya conocéis mucho. Simplemente decir que me alegra mucho que su madre le trajera al mundo, que haya nacido y que haya crecido lleno de sensibilidad, de espíritu crítico, con coraje y con valor y desearle que nos acompañe muchos años. Porque, como dice él:

**CAMBIAR LA VIDA,
REQUIERE CAMBIAR LA FORMA DE NACER**

Y, yo añado que en estos momentos:

**CAMBIAR LA FORMA DE NACER,
REQUIERE CAMBIAR ALGO EN NUESTRAS VIDAS.**

Y, ahora con Michel Odent

**LA SALUD
Y MUCHAS COSAS MÁS
COMIENZAN DESDE EL PRINCIPIO.**

Montserrat Catalán

Bibliografía.

Primal Health Research: Vol 2, Nº 1. 1994

Vol 4, Nº 4. 1997

Vol 6, Nº 2. 1998

Todas ellas contienen una extensa lista de referencias bibliográficas.

Inmunidad o Vacunas. Xavier Uriarte. Ed. J.M. Martorell. Barcelona. 1998.

Salud e Infección. Fernand Delarue.

Cómo criar un hijo sano a pesar de su médico. Dr. Mendelson

Los dos últimos libros están agotados en el mercado, pero pueden encontrarse fotocopiados en las Asociaciones promotoras del estudio.

Revista Natura Medicatrix, Nº 46-47. 1997. Especial Infección, Inmunidad y Vacunas. Monográfico.

El tabú de las vacunaciones. Dr. Milly Schar-Manzoli

Vacunas, el negocio del miedo. Dr. G. Buchwal et al.

La cara oculta de las vacunaciones. Fernand y Simone Delarue

¿Vacunar a nuestros niños?. Dra. François Berthoud.

Estos cuatro libros traducidos y fotocopiados a vuestra disposición a través de la Liga por la Libertad de Vacunación.

¿Es bueno vacunarse? Dr. Pablo Saz

Curarse uno mismo sin los peligros de los medicamentos. Dr. Eneko Landaburu. Sumendi.

LA VISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN LA SALUD PRIMAL

Michel Odent

Nuestro centro de investigación - el Centro de Investigación de Salud Primal - cuenta con un banco de datos de cientos de referencias de estudios publicados en revistas científicas y médicas. Todos estos estudios han investigado la relación entre el "período primal" y la salud y la conducta durante la vida. Según la interpretación que propuse para este término en el pasado, el "período primal" incluye la vida fetal, el tiempo durante el que transcurre el nacimiento y el año siguiente al nacimiento¹. Según los resultados de nuestro banco de datos, cuando los investigadores ahondaron en el ambiente de la gente que presentaba algún tipo de dificultad para amar - tanto a uno mismo como a los otros - detectaron siempre factores de riesgo durante el período perinatal (tiempo que transcurre desde el comienzo del trabajo de parto hasta el nacimiento). Además, cuando tal correlación existía, siempre se debía a una causa sociológica actual.

Criminalidad violenta

Sin duda alguna, la criminalidad violenta juvenil es un asunto de actualidad, que se puede considerar como una capacidad alterada de amar a otros. Adrian Raine y su equipo de la Universidad de Los Ángeles, en California, investigaron a 4.269 sujetos masculinos nacidos en el mismo hospital de Copenhague². Llegaron a la conclusión que el mayor factor de riesgo de la violencia criminal a los 18 años estaba asociado a "complicaciones" durante el nacimiento, junto a una temprana separación de la madre o rechazo por parte de ella, aunque la rápida separación de la madre no era un factor de riesgo en sí mismo.

Conductas autodestructivas

El suicidio entre adolescentes, antes desconocido, es otro aspecto importante en la actualidad. Lee Salk y sus colegas de Nueva York investigaron el entorno de 52 adolescentes víctimas de suicidio antes de los 20 años, y lo compararon con un grupo de control de 104 jóvenes³. Encontraron que uno de los principales factores de riesgo para cometer un suicidio durante

la adolescencia era la reanimación durante el nacimiento. Bertil Jacobson, de Suecia, estudió, en particular, cómo la gente cometía el suicidio. En su primer estudio recurrió a los datos de 412 casos forenses correspondientes a víctimas de suicidio y los comparó con 2.901 de un grupo de control⁴. Concluyó que el suicidio por asfixia estaba íntimamente relacionado con asfixia durante el nacimiento, y que los suicidios violentos en los que se utilizaba algún tipo de instrumento se asociaban con el trauma del nacimiento instrumental. En su último estudio, Jacobson confirmó que los hombres (no las mujeres) con nacimientos traumáticos tienen un factor de riesgo cinco veces mayor de cometer un suicidio violento que otros⁵. Jacobson investigó el ambiente de 242 adultos que se suicidaron con arma de fuego, saltando una gran altura, colocándose delante de un tren, ahorcándose, cortándose las venas, etc.; comparó estos casos con 403 hermanos nacidos en la misma época y en el mismo hospital. Las diferencias entre hombres y mujeres desaparecían en los casos en los que las madres habían utilizado analgésicos opiáceos durante el trabajo de parto. Parece que varios son los efectos a largo plazo de los analgésicos como la morfina o alguno tipo de morfina sintética. Entre esos efectos se encuentra la adicción a las drogas.

Jacobson también estudió la adicción a las drogas. Él y Karin Nyberg investigaron el caso de 200 adictos al opio nacidos en Estocolmo entre 1945 y 1966, y tomaron como grupo de control hermanos no adictos⁶. La conclusión a la que llegaron fue que si a la madre le habían suministrado algún tipo de analgésico durante el trabajo de parto, estadísticamente, su hijo tenía un mayor riesgo de convertirse en drogadicto en la adolescencia.

Tanto el autismo como otros aspectos del "espectro autístico" también se pueden considerar como la expresión de una alterada capacidad para amar. Los niños autistas y los adultos autistas no se socializan. Cuando son adolescentes, se aburren constantemente, y de adultos, no tienen hijos. Mi interés por el autismo comenzó en 1982, cuando conocí a Niko Tinbergen, uno de los fundadores de la etología, que compartió el Premio Nobel con Konrad Lorenz y Karl Von Frisch en 1973. Especializado en etología familiar, observó la conducta animal, y estudió en concreto la conducta no verbal de los niños autistas; como "etólogo de campo", investigó la conducta de los niños en su propio ambiente: además de hacer una descripción detallada de sus observaciones, hizo una lista de los factores que podían predisponer al autismo o que podían reforzar los síntomas⁷.

Encontró que tales factores estaban presentes durante el período perinatal: utilización de fórceps durante el parto, nacimiento bajo anestesia, reanimación e inducción del parto. Cuando lo conocí, estaba investigando la posible relación entre la dificultad del contacto visual y la ausencia de contacto visual entre la madre y el bebé tras el nacimiento. La investigación no la realizó con datos estadísticos y tampoco había grupo de control, pero, sin embargo, el trabajo de Tinbergen y su esposa representa el primer intento de investigar el autismo desde la perspectiva de la "investigación de salud primal".

En junio de 1991 leí con especial interés un artículo de Ryoko Hattori, un psiquiatra de Kumamoto, Japón⁸. Hattori evaluó los riesgos de desarrollar el autismo según el lugar de nacimiento. Llegó a la conclusión de que los niños nacidos en cierto hospital tenían más riesgo de ser autistas. En ese hospital en particular, la rutina llevaba a inducir el parto una semana antes de la fecha prevista probable de parto, utilizando distintos tipos de sedantes, anestesia y analgésicos durante el trabajo de parto.

Mi interés en este estudio ha aumentado ahora que conozco más datos sobre el perfil hormonal de los niños autistas y las particularidades de las estructuras de sus cerebros. La oxitócina, en concreto, resulta ser una vía prometedora de investigación. Permítanme recalcar una vez más que la oxitócina - cuya función es contraer el útero para el nacimiento del bebé y la expulsión de la placenta - es una hormona altruista, una "hormona del amor". Parece que los niveles de oxitocina son comparativamente menores en niños autistas, y por ello se ha intentado tratar a estos niños con oxitocina. Espero que la liberación de oxitocina de los niños autistas se investigue algún día. Se supone que la oxitocina resulta más efectiva cuando se libera rítmicamente, en una sucesión de rápidas pulsaciones. Hoy día ya es posible medir el ritmo de la liberación de oxitocina.

Los resultados de la mayoría de los estudios han confirmado la relación existente entre cómo la gente nace y distintas formas de alteración en la capacidad para amar se han publicado en muchas revistas médicas. Sin embargo, gran parte de estos datos se desconocen y se tiende a no tenerlos en cuenta; por ejemplo, en un extenso artículo publicado en el *British Medical Journal* sobre autismo, no se citó ninguno de los estudios sobre la relación existente con el período primal. Me pregunto porqué la mayoría de estos estudios no se han repetido por parte de los investigadores.

¿Puede la investigación ser políticamente incorrecta?

Como he conocido personalmente a todos los autores de estos estudios, me voy a permitir hacer algunos comentarios sobre esta familia de investigadores.

Antes de que falleciera de una apoplejía, Niko Tinbergen me envió una serie de cartas; estaba sorprendido de que la mayoría de los psiquiatras infantiles tuvieran "sus métodos", "sus datos"... Añadió que sentía "descontento y rechazo hacia la profesión". Durante uno de mis viajes a Japón, me encontré con Ryoko Hattori. Después de haber publicado sus informes sobre los niños autistas en 1991, se quedó sin su trabajo como psiquiatra en un hospital universitario; así, perdió toda ilusión de ampliar sus estudios sobre el tema.

Una vez tuve una conversación con Lee Salk, quien investigó el suicidio juvenil desde la perspectiva de la salud primal; se sentía desanimado y sorprendido por la falta de respuesta a sus estudios. Poco después, murió de cáncer.

Bertil Jacobson, que estudió todos los tipos de conductas autodestructivas, tenía problemas para superar los obstáculos puestos por los comités éticos, que le impedían el acceso a los datos sobre nacimientos; esto le dificultaba enormemente su trabajo.

La tesis de Karin Nyberg de "estudios sobre alteraciones perinatales como factor de riesgo potencial de abuso de drogas" fue en principio rechazada en el Instituto Karolinska, sin ninguna razón científica, ética o técnica - un escándalo sin precedentes.

Lo mismo le ocurrió a Adrian Raine, británico, que se tuvo que enfrentar al rechazo de su proyecto de investigación en el Reino Unido antes de que le llegara la oportunidad de realizarlo en Los Ángeles.

¿Puede la investigación ser políticamente incorrecta?

Todos estos estudios eran retrospectivos, lo que significa que los investigadores trabajaron con niños, adolescentes y adultos que tenían algo en común (asesinos, adictos a la droga, etc.); además, también investigaron el ambiente en el que se desarrollaba su vida.

Empezando desde la Vida Fetal

También contamos en nuestro banco de datos con investigaciones y estudios específicos cuyos objetivos eran evaluar las posibles consecuencias a largo plazo del estado emocional de la madre durante el embarazo. Algunos de estos estudios indican que el estado emocional de la mujer embarazada puede tener efectos a largo plazo en aspectos como la sociabilidad, la agresividad o el desarrollo de alguna alteración en la capacidad para amar.

El más antiguo de estos estudios se realizó en Finlandia. Dos psicólogos estudiaron los casos de 167 niños cuyos padres habían muerto antes de que ellos nacieran; por otro lado, trabajaron con 168 niños cuyos padres habían fallecido durante el primer año de vida de éstos⁹. Realizaron informes médicos a estas 335 personas hasta que tuvieron 35 años; todos los niños habían crecido sin padre. Resultó que aquellos cuyos padres murieron durante el embarazo presentaban un mayor riesgo de criminalidad, alcoholismo y desequilibrio mental. Este estudio demuestra claramente que el estado emocional de la madre embarazada tiene una mayor influencia a largo plazo sobre el niño que el estado emocional durante el primer año de vida del pequeño.

Los estudios realizados con niños de embarazos no deseados presentan unas conclusiones similares. A finales de los años 50, un equipo de Gotemburgo, Suecia, comenzó a investigar desde el punto de vista socio-psiquiátrico la vida de niños nacidos después de que sus madres hubieran tenido la intención de abortar, pero cuyas solicitudes habían sido rechazadas¹⁰. Se hizo un seguimiento de las 120 personas del grupo de investigación y las 120 del grupo de control hasta que tuvieron 21 años, y luego este período se extendió hasta que cumplieron los 35. La conclusión más importante a la que llegaron fue que el grado de sociabilidad era menor en el grupo cuyas madres no habían podido hacerse el aborto. Estas diferencias de sociabilidad eran aún detectables a la edad de 35 años.

El estudio de Praga está basado en un grupo de 220 personas cuyas madres tampoco pudieron abortar a pesar de su intención de hacerlo, entre 1961 y 1963¹¹. A los 30 años, los investigadores examinaron a 190 de estas personas; como en Suecia, el grado de sociabilidad era mucho menor.

El diseño, los objetivos y la cantidad de personas con las que se trabajó en el estudio realizado en Finlandia eran diferentes¹². La primera investigación de 1966 incluyó a un grupo de 11.000 mujeres embarazadas a las que se les preguntaba en el sexto o séptimo mes de gestación si el embarazo era deseado, a destiempo pero deseado o indeseado. El riesgo de esquizofrenia era significativamente mayor en los bebés cuyas madres no deseaban el embarazo. La esquizofrenia se puede presentar como una alteración en la capacidad para amar: la persona se encuentra separada o ausente de la realidad.

A pesar de las enormes dificultades técnicas con las que, en general, se encuentran los investigadores, se han seguido desarrollando estudios sobre la influencia del estado emocional de la mujer embarazada en sus bebés. Quizás se consideren "políticamente más correctos" estos trabajos que aquellos que detectan dicha correlación con el proceso del nacimiento en sí.

Conclusión

Después de observar los antecedentes de las personas que presentan una clara alteración de la capacidad para amar, sea para amarse a sí mismo o a otros, parece que la capacidad para amar está determinada por tempranas experiencias de la vida fetal y el período perinatal.

Referencias

- 1 Odent, M. *Primal Health*. Century Hutchinson, Londres, 1986.
- 2 Raine, A., Brennan, P. y Medink, S.A. 'Birth complications combined with early maternal rejection at age one year predispose to violent crime at 18 years'. *Arch. Gen. Psychiatry* 1994; 51: 984-8.
- 3 Salk, L., Lipsitt, L.P. et al. 'Relationship of maternal and perinatal conditions to eventual adolescent suicide'. *Lancet* 16 Marzo 1985: 624-7.
- 4 Jacobson, B., Nyberg, K. et al. 'Perinatal origin of adult self-destructive behavior'. *Acta.Psychiatr.Scand.* 1987; 76: 364-71
- 5 Jacobson, B. y Bygdeman, M. 'Obstetric care and proneness of offspring to suicide as adults: case control study'. *BMJ* 1998; 317: 1346-9.
- 6 Jacobson, B. y Nyberg, K. 'Opiate addiction in adult offspring through possible imprinting after obstetric treatment'. *BMJ* 1990; 301: 1067-70.
- 7 Tinbergen, N. y Tinbergen, A. *Autistic children*. Allen and Unwin, Londres, 1983.
- 8 Hattori, R. et al. 'Autistic and developmental disorders after general anaesthetic delivery'. *Lancet* 1 Junio 1991; 337: 1357-8 (carta).
- 9 Huttunen, M. y Niskanen, P. 'Prenatal loss of father and psychiatric disorders'. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1978; 35: 429-31
- 10 Forssman, H. y Thuwe, I. 'Continued follow-up study of 120 persons born after refusal of application for therapeutic abortion'. *Acta Psychiatr. Scand.* 1995; 91: 361-9.
- 11 Kubicka, L. Matejcek, Z. et al. 'Children from unwanted pregnancies in Prague, Czech Republic, revisited at age thirty'. *Acta Psychiatr. Scand.* 1995; 91: 361-9.
- 12 Myhran, A. Rantakallio, P. et al. 'Unwantedness of a pregnancy and schizophrenia of a child'. *Br. J. Psychiatry*. 1996; 169: 637-40.

MESA FINAL.

Maite Gómez Galán – Comadrona

Para los que piensan que estos congresos se quedan en nada, esto no es cierto: Ha tenido puntos desde el comienzo (mi bebe también es una prueba de ello).

Pero entre vosotr@s he notado que había signos de apertura y de cambio. Os habéis emocionado con la vida y eso os hace más profesionales.

[Nosotr@s](#) hemos disfrutado preparando este congreso a pesar de todos los nervios y las dificultades.

A mi me queda decir por parte de la vida que llevo dentro que los bebés que vienen y han venido confían en nosotras, esperan con nosotras y son los impulsores y los que realmente nos han convocado aquí, nos llaman, nos traquetean para que demos de nosotros lo mejor que llevamos dentro, el AMOR, las caricias, el contacto, la ternura, la pasión, para que podamos limpiar y restaurar el dolor y el sufrimiento que nosotras sentimos de pequeños por abandono, por falta de cariño, contacto o atención.

Todos los que nos dedicamos a esto sabemos que la vida personal nuestra y la de las mujeres y bebe se entrelazan y nos hacen curar, avanzar, crecer y mejorar.

Sentir el misterio de la vida y el nacimiento como algo incomprensible, inabarcable... Sentimos como Diosas que dan vida pero dejando que la vida que no sabemos de donde viene nos atraviese.

Tenemos un compromiso muy bonito con las mujeres, con nosotras y sobre todo con los bebés que traen la esperanza a este Universo.

CONCLUSIONES DEL I CONGRESO INTERNACIONAL DE PARTO Y NACIMIENTO EN CASA

En estas líneas vamos a intentar sintetizar todo lo que ocurrió en el congreso.

Es posible a unos nos parezcan una cosas más importantes que otras, y otros piensen que son otras, pero lo importante no son las conclusiones generales, lo importante es lo que TÚ te lleves de este congreso.

Estas son nuestras conclusiones:

- “¡Las mujeres podéis!. Nosotros estamos en camino de aprender a acompañaros, el camino es laborioso, pero estamos en disposición de querer hacerlo. Os necesitamos y nos necesitáis.”
- Ya sabéis que hemos recogido los comentarios en los servicios de los chicos, y había una sensación como que las mujeres están dormidas y los hombres en hibernación, necesitamos de las yerbas y los potinguitos de Dña. Reina para despertar nuestras conciencias.
- Los cuatro enemigos del parto son, la ignorancia, el dolor, el miedo y la impaciencia, son también los que nos impiden vivir en libertad y con la responsabilidad personal y colectiva que se nos hace indispensable en nuestra tarea de acompañar en sus diferentes formas al nacimiento y parto.
- Ya es hora de dejar de adorar a los nuevos dioses, las máquinas, y abrir paso al respeto al conocimiento, el aprendizaje, la humildad, la confianza y la paciencia que son los mejores aliados para diluir los efectos de los cuatro enemigos.
- Existe una necesidad de aglutinar a las personas que quieran formarse para asistir partos en casa y darle respuesta en forma de centro libre de formación.
- Estamos siendo víctimas de las largas y pesadas consecuencias de una cultura patriarcal que ha ensalzado, promovido e impuesto los valores de la masculinidad machista. Esas consecuencias las sufrimos desde el modo de nacer, ser educados, criados, aprender a relacionarnos hasta la manera de desarrollar nuestra profesión y concebir el mundo.
- Es preciso un cambio profundo en las mentes, en los corazones y en las actitudes, así como en los métodos prácticos de desarrollar nuestra tarea. Es indispensable una perspectiva de género, que nos permita transitar hacia una nueva cultura que integre los valores arquetípicos masculinos y femeninos o como dirá Wilhem Reich, integrar la natura y cultura.
- Ya no es preciso seguir encontrándonos para asegurar que el PARTO EN CASA ES SEGURO, y no una extravagancia de unas poca personas. Nuestras experiencias directas recogidas a lo largo de los últimos cuarenta años en todo el mundo así lo confirman.
- Queremos denunciar como colectivo de usuari@s y profesionales que el sistema tecnocrático hospitalario de asistencia a la maternidad es un atentado a la SALUD.

Nuestra muy querida presidenta Consuelo Ruiz también quiso aportar sus propias conclusiones sobre el congreso:

- En el parto en casa es imprescindible la colaboración consciente y enterada de la mujer.
- Es la propia parturienta la que tiene que vigilar su parto y hacerse responsable de él.
- Todo lo que sea extraño al parto es, por lo menos inútil, si no perjudicial. La embarazada debe estar segura de que puede dar a luz.
- Las seguridades de traslado al hospital son contraproducentes, es casi mejor ir al hospital desde el principio si la mujer no se siente capaz de parir.

Por último nos gustaría hacer una reflexión en voz alta sobre un tema importante y siempre presente:

LA MUERTE.

La muerte forma parte de la vida.

No estamos preparados para asumir la muerte física, a la que entendemos como última, cuando realmente morimos todos los días.

Lo que sucede es que hay un miedo exacerbado a la muerte, este miedo nos lleva a delegar y se produce una culpa, una justificación y siempre hay que castigar a alguien.

La tecnociencia por muy sofisticada que sea no nos va a salvar de la muerte, nuestra única certeza, pero nos puede amargar y quitar la vida.

Cuando una muerte se produce en un hospital se asume, por que se ha producido dentro de un sistema que han puesto todos los medios para evitarlo.

Por el contrario si esto sucede en casa, el sistema no asume esta realidad y busca un culpable que tiene que ser castigado y ese culpable es el asistente a partos. Desde nosotros tendrá todo nuestro apoyo.