



12° CONGRESO ARGENTINO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL

La Plata, junio y septiembre de 2021

GT03: Métodos y técnicas en antropología de la salud

Parirás con dolor y lo narrarás en una tesis

Belén Castrillo. CIMeCS – IdIHCS (UNLP/CONICET), Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata. mbcastrillo@gmail.com

Resumen

El presente trabajo propone releer algunos resultados de la investigación doctoral sobre atención obstétrica producida por la autora, enfocando en un punto poco abordado en el desarrollo de la misma: el estudio sociológico del dolor del parto. Para ello se propone una reflexión primaria sobre la construcción social de los dolores en el parto en la bibliografía específica en torno a tres ejes: el dolor ligado a la construcción de expectativas, al miedo y a las intervenciones médicas. La normalización de los dolores, su habilitación, los tránsitos contrahegemónicos, los estándares institucionales para la expresión y vivencia de los dolores en comparación a los vivenciados en partos domiciliarios, son algunas de las dimensiones que emergieron en el trabajo de campo y que inspiran esta inserción a un área de análisis no abordada previamente.

En el marco de una tesis que analizó la atención médica de embarazos y partos en distintos ámbitos de atención de la ciudad de La Plata, a través de los testimonios de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud obstétrica, nos centraremos en reflexionar acerca del dolor en el parto, cómo ha sido abordado desde los estudios sociales de la atención obstétrica y de qué modos han emergido en el trabajo de campo de la mencionada investigación.

Palabras clave: *dolor; parto; sociología; atención obstétrica.*

Introducción

Luego de casi una década investigando sobre las experiencias de atención médica de embarazos y partos, se vuelve casi inevitable enfrentarse a la pregunta por el dolor, un significativo social y simbólicamente indisociado a todo acto de parir. Las miradas socioantropológicas sobre las construcciones sociales de los dolores y de sus modos de gestión y expresión nos permiten cuestionar el mandato cristiano del “parirás con dolor” y preguntarnos por los imaginarios sociales hegemónicos construidos alrededor de la temática.

En este marco, esta ponencia es el primer paso –siempre provisorio y ávido de aportes y críticas- de nuestra entrada al análisis social de los dolores del parto, sus determinaciones socioculturales, las formas en que se tiende a (des) legitimarlos y los modos en que ha sido pensado éste núcleo temático desde nuestras disciplinas. Por ello aquí se propone rastrear algunas categorías analíticas que, desde los estudios sociales del dolor, nos permitirían pensar si el parto duele como efecto de cierta profecía autocumplida de la sentencia del Génesis –reforzada por los relatos disponibles de nuestras/os congéneres y las representaciones culturales que dan cuenta de que “es un parto” es sinónimo de dificultad y sufrimiento– o si el componente evolutivo del bipedismo y el proceso de encefalización efectivamente implican el aumento del dolor de las hembras humanas por las contracciones uterinas y el descenso de una criatura por el canal de parto.

Que parir duele es una verdad incuestionable, pero es justamente en ese estatuto que radica la intriga que ha llevado a diversos grupos de médicos/as, activistas, científicos/as a investigar si esto es necesariamente así o es efecto de cuestiones externas al proceso mismo de parir como hecho fisiológico. La bibliografía disponible tiende a inclinarse hacia distintas posibles respuestas: el vínculo entre temor y dolor; la internalización del mensaje cultural hegemónico sobre el sufrimiento vinculado; y todo ello amparado en una visión medicalizada del parto que dispone de tecnología para aliviar –o no- dicho dolor. Y esto último porque el dolor iatrogénico, el causado

por las intervenciones médicas, es, la mayoría de las veces, el más relatado por las mujeres y personas gestantes.

La base empírica de estas reflexiones, que propongo leer con las lentes mencionadas, está constituida por los resultados de una tesis doctoral (Castrillo, 2019) que analizó experiencias de atención médica de embarazos y partos en la ciudad de La Plata, a partir de testimonios de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud entre 2013 y 2019 que dieron cuenta de distintos ámbitos (domiciliario, público y privado) y modelos (intervencionista o fisiológico) de atención obstétrica.

Parir con dolor: ¿sentencia biológica o profecía cultural autocumplida?

“El dolor, además de ser una experiencia biológica, es también una vivencia fuertemente moldeada por aspectos sociales y culturales que configuran una forma de percibirlo e interpretarlo” (Nuñez, 2014, p. 44).

En el prólogo al libro de Del Mónaco (2017), María Epele afirma que, entre los estudios sociales del dolor y el sufrimiento social, se advierten dos tendencias. Por un lado, aquellos/as autores/as que se centran en representar experiencias reales de dolor y las significaciones producidas por los sujetos frente a ellas; y, por otro, aquellos/as que diluyen el estatuto real de las experiencias dolorosas en tanto se privilegia su función de expresión de procesos de desigualdad social y lógicas de poder. Siguiendo esta clasificación, nos permitimos pensar que es posible realizar un aporte que integre ambas tendencias en tanto esas significaciones subjetivas y colectivas que se producen en base a experiencias reales de dolor, también dan cuenta de contextos específicos que las moldean y están atravesadas por lógicas de poder; en este caso dobles: de género y médico-paciente.

Para el caso específico de nuestro tema de estudio, y en miras a sistematizar provisoriamente el estado del arte, advertimos que en la bibliografía de la socio-antropología del nacimiento se ha tendido a privilegiar tres dimensiones de análisis¹

¹Este número de dimensiones no es exclusivo ni excluyente y es funcional a la sistematización provisoria, como primera entrada al tema, que aquí se propone.

interconectadas que pueden explicar o problematizar el dolor del parto desde una perspectiva que se ubique entre las tendencias que menciona Epele. Se trata de tres concepciones que buscan explicar el dolor de parto como resultado o consecuencia de tres elementos: a) expectativas socioculturales y relatos disponibles; b) miedos; y, c) medicalización e intervencionismo del nacimiento.

a. Dolores y expectativas sociales: el parto transmitido

Sólo el hecho de asumir que el parto es un hecho doloroso es suficiente para que el parto discurra con dolor. Es como una profecía que se auto-realiza, y cierto es que esa creencia es realmente difícil de erradicar de nuestra cultura, donde cada mujer comparte su historia de tortura con otras mujeres embarazadas, y en la que desde la televisión al cine, se nos bombardea constantemente con esta idea y se nos ofrece como norma un parto medicalizado (Morgan citada en García Carrascosa, 2010, p. 17-18).

Goberna-Tricas y Biurrun-Garrido (2020) sostienen que en los relatos de experiencias de mujeres sobre el dolor del parto hay una fuerte presencia de influencias externas en las expectativas y decisiones sobre el parto y el alivio del dolor. En este sentido Cardus (2015) refiere que en esta construcción social del (miedo al) dolor del parto son claves los relatos de otras mujeres, profesionales médicos/as y medios de comunicación. Y, más aún, retoma los estudios del sociólogo Mark Zborowski respecto a la percepción del dolor en veteranos de guerra, a la que entiende como condicionada por el sujeto y su educación.

Según este autor, hay grupos humanos que aceptan cierto dolor como esperable (por ejemplo, el dolor en el parto) y otros que lo pretenden evitar. Ponía como ejemplo que en Estados Unidos se intentaba evitar los dolores de parto mientras en Polonia se aceptaban como parte del proceso (Zborowski, 1952). Sus estudios muestran que las expresiones del dolor son sancionadas culturalmente. Por lo tanto, en un contexto favorable a aceptar el dolor como normal sería previsible que las mujeres no se quejaran ni temiesen el parto, mientras que en un contexto (como el actual en la mayoría de los países ricos) en que se considere que el

dolor tiene que evitarse, se aceptarían las expresiones de dolor y los medios para evitarlo se privilegiarían (Cardús, 2015, pp. 130-131).

La analogía parto-guerra no solo sirve como herramienta heurística sino que da cuenta de cierta socialización diferencial de género, una especie de división sexual – binaria- del dolor esperable². Además la analogía da cuenta del modo en que se conceptualiza socialmente –generando expectativas e imaginarios negativos- la experiencia de parir. Los aportes de este sociólogo reaparecen en la literatura sobre el dolor del parto, en tanto, por ejemplo, García Carrascosa (2010) también lo refiere para dar cuenta de los rasgos culturales del dolor.

Zborowski perfila la idea de que hay una identidad cultural asociada al dolor, en tanto que uno aprende con sus progenitores y parientes cercanos cómo y cuándo es apropiado expresar dolor, pero además hay una identidad étnica y un devenir histórico que pueden quedar registrados en la expresión del dolor (García Carrascosa, 2010, pp. 6-7).

En este sentido, entonces, recibimos relatos que dan cuenta del parto como evento riesgoso, peligroso y sufriente. Estos relatos hegemónicos disponibles van permeando y configurando expectativas respecto al dolor en el parto, pero no siempre esa construcción funciona como reflejo. Para dar cuenta de ello, retomamos tres testimonios de entrevistadas respecto a lo que conocían de sus propios nacimientos, para analizar si en sus propias experiencias de parir los relatos recibidos funcionaron como condena-profecía autocumplida (como sostiene la bibliografía) o como referencia para el cambio o la distinción.

El parto de mi mamá fue súper complicado, tuvo tres días de TP, la traumó y no podía quedar embarazada de mi hermana (...) Lo sufrió muchísimo. Que para ella la marcó (...) la abrieron entera (...) conmigo fue un parto muy duro (Natalia, 34 años, dos hijas por parto vaginal, atención en clínica privada).

2 Al respecto es interesante una frase del filósofo Kierkegaard quien sostuvo “prefiero pasar por tres guerras antes que por un solo parto” (1932, p. 157 citado por Cardús, 2015, p. 131).

Nací por parto natural complicado que casi no la cuenta mi mamá y la cuento yo (...) estuve en incubadora aproximadamente un mes, era muy chiquitita (...) me costó respirar, nació mal, me costaba respirar y estaba toda morada (...) Y que mi vieja, también, casi, casi se muere (Valeria, 23 años, dos hijos por parto vaginal, atención pública).

Mi vieja según ella le dijeron que yo no quería salir de la panza, pero también por lo que uno sabe probablemente no querían esperar ellos a que yo saliera ¿no? (...) Fue como que le dijeron "vos caminá, caminá. Listo no nació para esta fecha, bueno, cesárea" (...) estuve un día en la incubadora porque era también una cuestión protocolar. Y bueno eso ya es bastante horroroso (Ailén, 23 años, una hija por parto vaginal, atención domiciliaria).

La elección de estos relatos no fue maniquea: lo común de los relatos de los nacimientos indagados a lo largo de la investigación doctoral se constituye por imágenes ligadas al riesgo de muerte, al trauma, a lo complicado y duro, al sufrimiento, a la naturalización de ciertas prácticas médicas hoy desaconsejadas. En palabras de Sadler y Rivera (2015, p. 65) "el riesgo es central en la construcción del imaginario del parto". Estos imaginarios (tal vez) moldean de qué modos se van a enfrentar estas mujeres a los nacimientos de sus hijos/as pero no siempre como reflejo directo sino como contraposición.

Sí, quería que fuera un parto natural. Siempre quise eso. [*¿Aún con lo que te había contado tu mamá de tu parto?*] Sí. [*¿No te había asustado?*] No, no me había asustado para nada. Quería que fuera un parto natural, es más, ¿viste esas cosas que dicen las viejas?, que había escuchado que dormir del lado izquierdo hace que tengas parto natural, bueno, yo dormí todo el embarazo del lado izquierdo. Y no, yo siempre quise parto natural. Y cuando llegue al parto, igual, después tuve muchas horas de trabajo de parto [TP], tuve tres horas de TP, yo pensé, a amigas mías les había pasado que habían tenido un día de TP y después cesárea y dije "si va a hacer sufrir al bebe y voy a terminar en una cesárea, hacémela ahora". Pero, pero yo siempre quise natural sí (Natalia, 34 años, dos hijas por parto vaginal, atención en clínica privada)

Natalia nació en un parto que para su madre fue complicado y traumático tras tres días de trabajo de parto. En su experiencia este relato no parece haber influido en

términos de infundir miedo pero sí tenía presente el relato de amigas que habían “terminado en” cesárea. Valeria –cuya madre casi “no la cuenta”- y Ailén –cuyo nacimiento se dio por una indicación de cesárea que hoy sería cuestionable- también buscaron partos vaginales y los consiguieron.

El enfoque individual sobre el parto se integra en un conjunto de valores adquiridos a lo largo del tiempo que, en parte, se construyen a partir de los comentarios de familiares, sanitarios y por las imágenes cinematográficas y, más recientemente, por internet. La asunción general de que los problemas o virtudes para parir son hereditarios es una naturalización de un hecho que está revestido de condicionantes culturales (Cardús, 2015, p. 143).

Dolores de parto e imaginario y expectativas sociales, por tanto, parecen estar ligados en el marco de una socialización de género que construye un modelo de mujer en trabajo de parto atravesada por riesgos, complicaciones, urgencias, imprevistos. ¿Qué otros relatos hay disponibles? ¿Cuánto de la construcción de esta imagen busca –y consigue- reproducir la necesidad de la intervención médica en los PEP?

Las prácticas para el parto dicen más acerca de los valores y creencias de una cultura que cualquiera de sus otras costumbres. En nuestra cultura, como se refleja en todo, desde series de televisión a los dramas de Hollywood, el parto se describe como un trance intensamente doloroso y muy peligroso para la vida. (...) ¿Cuántas veces has visto describir a una mujer parturienta como a una histérica descontrolada suplicando que le den analgésicos para calmar sus sufrimientos? La intervención en crisis, la fijación en la tecnología, la mentalidad de urgencia de nuestra cultura se expresan día a día en las salas de parto de hospitales y en la psique de cada mujer individual (Northrup, 2006, 125 citado por Cardús, 2015, p. 139).

La construcción social del parto como evento riesgoso, peligroso, traumático que se transmite culturalmente a nivel macro –en discursos mediáticos masivos- y a nivel micro –en diálogos con pares- conviene a un modelo biomédico de atención

obstétrica que se sustenta en una relación asimétrica de saber-poder que subsume a las personas gestantes a normativas que desconocen de fisiología.

La circulación masiva de otros relatos de partos, ligados a experiencias fisiológicas, privadas, sexuales y afectivas, permitiría disputar la concepción biomédica y patológica de los nacimientos, y acrecentar las posibilidades de ejercer efectivamente ciudadanías reproductivas plenas.

b. Miedo y dolor al parto: el círculo vicioso

El miedo al parto es un miedo “normalizado” asociado a una percepción del acto de parir como un evento cargado de riesgos. Partimos de varias preguntas iniciales sobre el miedo al parto. ¿Tienen las mujeres por lo general miedo al parto? ¿A qué temen? ¿Por qué? ¿Qué sentido tiene el miedo al parto en la sociedad de la información y del control experto de la salud? ¿Por qué se percibe el parto como un acto arriesgado? (Cardús, 2015, p. 129)

Quizás el tópico más analizado respecto al dolor en el parto tiene que ver con su vinculación con el miedo a dichos dolores. La operación básica es la siguiente: el miedo al dolor y al parto genera tensión muscular y una predisposición a, justamente, sufrir esos dolores. Entonces para reducir los dolores es preciso trabajar previamente los miedos –que son parte de las expectativas que mencionamos en el apartado anterior-, bajo el supuesto de que la información elimina los temores y, por ende, reduce el sufrimiento.

Esta línea de pensamiento se cristalizó en el auge de la psicoprofilaxis perinatal de mediados del siglo XX, cuyo desarrollo fue adquiriendo matices y apropiaciones particulares alrededor del mundo, aunque hegemónicas hasta nuestros días³. Al respecto, en su historización de la gestión del dolor del parto para el caso español, Cardús (2015) reconstruye tres etapas: una primera –hasta los '40- en la que no se utilizaban medidas biomédicas de analgesia en la asistencia obstétrica y el “aguante”

3 Al respecto, recomiendo la lectura del capítulo de mi tesis doctoral (Castrillo, 2019) sobre mi inserción etnográfica en seis cursos de parto de la ciudad, en el que me pregunto si los contenidos y los métodos de trabajo buscan disminuir los miedos y empoderar a las mujeres o, por el contrario, generar mayor obediencia a los mandatos institucionales y biomédicos.

del dolor regía la escena. Una segunda etapa que cubre la segunda mitad del siglo XX caracterizada por el surgimiento, desarrollo e integración de dos movimientos paralelos: la tecnologización del parto y su sobreintervencionismo, en convivencia con movimientos a favor del parto natural sin dolor y sin miedo. Finalmente, sostiene la autora, en el siglo XXI se asiste a una naturalización de la peridural como parte del proceso y, en paralelo, la cristalización de modelos y ámbitos más fisiológicos de atención. La situación para el caso argentino es similar: actualmente convive una epidemia de cesáreas y peridurales –muchas veces electivas por parte de las mujeres- con otro creciente grupo de instituciones y médicos que buscan garantizar los derechos al parto respetado, bajo una mirada fisiológica de atención.

García Carrascosa (2010) reconstruye de qué modos el “factor cultural en la percepción colectiva del dolor del parto” está signado por el miedo a dicho dolor. La perspectiva que desarrolla esta autora –y sobre la que se ampara la psicoprofilaxis- supone que es la falta de información de las mujeres y personas gestante sobre el proceso de trabajo de parto, parto y posparto la que genera temor y éste, a su vez, desencadena los dolores o los acrecienta.

En este marco cita a Consuelo Ruiz-Vélez-Frías (1955) quien sostiene que el dolor surge porque las mujeres no saben/no están preparadas sobre lo que deberían hacer durante el parto y hacen lo contrario. Nuestra mirada, sociológica, cuestiona este acento en una agencia vaciada de constricciones estructurales –amparada en una tendencia cognitiva conductual- que tiende a responsabilizar a las mujeres por los dolores que sufre, sin ver en cuántos modos están contruidos, favorecidos y producidos socialmente a través de, por ejemplo, intervenciones médicas, como veremos en el tercer punto.

El dolor vinculado al miedo fue previamente desarrollado por el doctor Dick Reed quien en 1942 (1956) describió el “síndrome del miedo – tensión – dolor asociado al parto” estableciendo que la asistencia obstétrica que se aleja de la fisiología tiende a inhibir el reflejo y saber consciente que implica el trabajo del útero durante el trabajo de parto. En vínculo a sus postulados respecto al saber inconsciente de las mujeres

para parir sin dolor se fueron desplegando diversas escuelas o estrategias de trabajo⁴ que profundizaron estas miradas y produjeron métodos específicos para alcanzar ese ideal de parto indoloro. En un primer momento, se utilizó la autohipnosis –o hipnoparto- que buscaba “regresar” a un estado de menor conciencia para reducir miedos y, por ende, dolores. Pero luego fueron sumamente revolucionarios los aportes de Paulov, un médico ruso, considerado el inventor de la psicoprofilaxis materna, quien describió que la unión útero-dolor es un reflejo condicionado por la cultura que puede ser cambiado por otro. Esta escuela del siglo XX se encarnó en diversos dispositivos, como por ejemplo las respiraciones aceleradas que vemos en las películas, que buscan mantener el cerebro activo o máxima conciencia como método para aliviar los dolores.

Con dicho método, el dolor de parto “puede ser combatido por la enseñanza, no por el tratamiento, por la explicación, no por hipnosis o sugestión” pues al revés de lo que se hace con la hipnosis, aquí no se elimina la conciencia de la parturienta, sino que se la activa al máximo posible por estimulación de la corteza cerebral, consiguiendo con ello que la mujer de parto no sufra de modo pasivo, sino que sea participante activa del mismo y que lo decide con su conducta durante el mismo (García Carrascosa, 2010, p. 9).

A principios de los '50 en París, el doctor Lamaze adaptó la propuesta de Paulov confirmando su teoría de que un parto sin dolor es posible mediante la psicoprofilaxis: ciertos ejercicios y la información de todo lo que ocurrirá durante el trabajo de parto y parto como herramienta para eliminar miedos y tensiones. También profundizó en la respiración específica y desarrolló la “respiración en rastrillo”, que se realiza en forma costal, superficial y consciente –que también vemos en el cine. Para el caso argentino, Mirta Videla (1974) y Karina Felitti (2011) narran el proceso de apropiación de estos métodos de psicoprofilaxis que buscaban disminuir los dolores en el parto.

4 La siguiente mención de cada una de las escuelas no pretende ser abarcativa ni profunda. Se realiza a los fines de conocer algunos de los aportes que desde la medicina y la psicología se han hecho en el último siglo en torno al tópico del dolor del parto.

Leboyer (1976) también realizó sus aportes a una teoría del parto sin dolor y sin violencia. Y más cerca en el tiempo y como exponente actual del modelo fisiológico de atención obstétrica, Michel Odent –quien saltó a la fama mundial por su frase “para cambiar el mundo hay que cambiar el modo de nacer”- es el exponente de la mamiferización de las personas gestantes y de la concepción del proceso perinatal como perspectiva que permitiría acceder a partos sin dolor.

En lo que concierne al parto y al nacimiento, todo lo que es específicamente humano debe ser eliminado, al tiempo que las necesidades mamíferas deben ser satisfechas. Suprimir lo que es específicamente humano implica primero liberarse de todas las creencias y costumbres que han interferido la fisiología de este proceso durante milenios (Odent citado en García Carrascosa, 2010, p. 11).

Esta perspectiva –que se opone a la búsqueda pauloviana del cerebro activo- se asienta en que el miedo, como productor de adrenalina, inhibe la secreción de oxitocina –conocida como “la hormona del amor”-, impulsora de todo el proceso hormonal que implica un parto en términos fisiológicos. Odent es de los primeros médicos en postular la interferencia biomédica en las condiciones ambientales necesarias para el desencadenamiento de un trabajo de parto: oscuridad, seguridad, calor, cerebro y conciencia no activos, por ejemplo.

Detrás de estos modelos de gestión y alivio del dolor de parto que se han ido estableciendo en las últimas décadas en el mundo, existe el consenso respecto a que el miedo –producido por las socializaciones vigentes y las expectativas sociales que nos atraviesan- es determinante para las probabilidades de sufrir dolor. ¿Y por qué entonces los relatos que infunden miedo no merman o dan lugar a otros relatos en los que las mujeres experimentan partos menos sufridos y más placenteros? Es importante señalar que, como mencionó una de las profesionales entrevistadas, los/as médicos/as también tienen miedo y la gran mayoría de las veces son quienes infunden este temor en las parturientas. Ejemplo de esto es la tendencia a “enseñar la carta del niño muerto” (Cardús, 2015, p. 142), traducible en la encrucijada propuesta a las mujeres que no quieren someterse a las decisiones médicas. La idea que está detrás es que si no se obedece el designio médico, puede existir

muerte o sufrimiento fetal; escena que se repite en muchos relatos de personas que quieren optar por partos más fisiológicos. Por tanto el miedo se erige como un mecanismo de poder médico, con el efecto secundario –entonces- de acrecentar los dolores del parto⁵. Como veremos en el siguiente apartado, mucho del dolor de parto es resultado de la iatrogenia médica.

c. Duele el parto y más duele su intervención

*“A una enfermera la obstetra la sacó cagando porque dice “ay, yo no entiendo estas chicas, 18 años, van a ser mamá con epidural, con fórceps y llora de dolor””
(Valeria, 23 años, dos hijos, atención pública).*

Expectativas negativas, miedo y necesidad/elección de intervenciones médicas en el parto constituyen un tridente explicativo para los dolores del parto, en tanto, “el temor al parto cimienta el camino para que las mujeres no solo acepten, sino también soliciten intervenciones médicas en el proceso del parto, incluida la cesárea” (Sadler y Rivera, 2015, p. 70).

El parto sin dolor es posible, pero muy difícilmente con el modelo obstétrico actual (...) El dolor surge como respuesta a una tensión que conlleva a la producción de adrenalina y a una disminución del aporte de oxígeno al útero, así como a una contracción tensionada de las fibras musculares del útero. La causa de esta tensión es el miedo al parto y al dolor, pero la misma tensión y producción de adrenalina también surge como consecuencia de no respetar los ritmos, circunstancias y demás requisitos que requiere el parto para transcurrir en condiciones fisiológicas normales (García Carrascosa, 2010, p. 16-17).

En Argentina los puntos que menciona la autora al final son considerados derechos de las mujeres y personas gestantes (respeto de los tiempos psicológicos y fisiológicos, elección de la posición para parir, no recibir intervenciones sin

⁵ Al respecto, Sadler y Rivera (2015) detallan que “La palabra médica está cargada de jerarquía, se trata del conocimiento autorizado para lidiar con el proceso de gestación y de parto, que se alza como más válido y poderoso que los discursos e información de otras fuentes. En este sentido, vemos en los testimonios de mujeres cómo la palabra médica es capaz de reforzar los imaginarios de temor al parto presentes en la sociedad o de revertirlos” (p. 66).

consentimiento, entre otros) en el marco de un modelo humanizado de atención obstétrica. Pero aunque la sanción de esas normativas⁶ ya tenga entre 17 y 13 años, en la práctica la concepción y asistencia intervencionista y patológica de los nacimientos sigue siendo hegemónica. A los fines de este trabajo, interesa dar cuenta de cómo esa atención genera (más) dolores que los fisiológicos de cualquier trabajo de parto. Y más aún si las parturientas están ingresadas en hospitales-escuelas donde no solo la biomedicina está por doble sus derechos sino también las necesidades del proceso de enseñanza-aprendizaje de los/as residentes de obstetricia y partería. Valeria narra dos situaciones –una en parto y otra en parto– en la que prácticas desaconsejadas por la OMS y los protocolos de actuación de los ministerios de salud nacional y provincial, le provocan dolores intolerables: tactos a repetición y maniobra de kristeller –que consiste en el peso de algún/a profesional sobre la panza de la madre presionando para que el/la bebe/a se acerque a la salida de la vagina.

Te apoyan en una chata la cadera para levantártela más y yo veo el cielo, veo las estrellas, me mata el dolor de espaldas, el ciático (...) Y entonces agarré y le dije [a la médica] “lo único, te puedo pedir por favor que no me hagan tacto todos porque realmente me duele” (...) Me dijeron “mirá mami, este es un hospital escuela, si no te gusta...”.

No me acuerdo en qué momento, viene una y me empieza a empujar el nene así y que cuando yo recién estaba tomando aire y entendiendo cómo era [pujar] porque sentía como que me salía (...) me aprieta, me corta (...) soy así de cortita de torso, y me apretaba acá, el peso del nene porque ya no tenía ni líquido amniótico y me hacía doler, me hacía doler. Y me cortaba la respiración, entonces yo le digo, la empujo y le digo “pará porque no puedo así”. Y me dice “ay, bueno mami, pero tiene que salir ese bebé” (Valeria, 23 años, dos hijos, atención pública)

Durante todo el trabajo de campo los relatos sobre intervenciones médicas innecesarias que, a su vez, lejos de facilitar el proceso lo obstaculizan y transforman

⁶ Ley N° 25.929/04 de “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”, conocida como Ley de Parto Respetado, y la Ley N° 26.485/09 de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”, que establece la violencia obstétrica como modalidad de violencia de género.

en doloroso y sufriente, abundan. Lo interesante es pensar cuánto del discurso médico que sostiene relatos traumáticos de parto, que tienden a socializar para elegir mayor intervencionismo, esconde que la mayoría de los dolores lo produce la propia participación médica.

El epígrafe de este apartado da cuenta de, justamente, esta paradoja: creer que lo que duele es el sustrato biológico, lo que debería disminuir o eliminarse con la asistencia bio-tecnológica, desconociendo que muchas de estas intervenciones biomédicas son las que generan el dolor. De tras de toda escena, lo que queda es un discurso hegemónico que tiende a generar imaginarios de escenas de parto dramáticas, riesgosas, urgentes, que requieren del heroísmo médico para resolverlo. Y así, una vez más, miedos, expectativas e intervenciones se articulan para cumplir aquel designio del génesis: Parirás con dolor.

Los medios de comunicación constituyen otra de las fuentes que presentan parto como un evento que requiere de muchas intervenciones, que es impredecible, y que usualmente sucede muy rápido y presenta complicaciones. La imagen de la fuente de agua que se rompe en un lugar público y todos corren o conducen a gran velocidad a la maternidad mientras la mujer grita de manera descontrolada, es representación común en series y películas. Las noticias de partos cuyos resultados son dramáticos son frecuentes en la prensa, pero poco se dice de los miles de partos que ocurren sin complicaciones ni emergencias. Hemos creado nuestra propia mitología occidental del parto, plantea la antropóloga británica Sheila Kitzinger (2000): el drama de este mito está en la emergencia médica, la ambulancia a toda velocidad, la batalla de un equipo médico por combatir la muerte. Hay monitores cardíacos, operaciones cesáreas, hemorragias masivas, resucitación de la mujer y del bebé. Es un drama que alimenta los temores inherentes al modelo médico de atención, que condiciona a las mujeres embarazadas a someterse a su ritual, y donde el dolor se muestra como algo literalmente fatal (Sadler y Rivera, 2015, p. 67).

A modo de cierre

En esta ponencia se presentan los primeros pasos de una indagación sociológica sobre los dolores del parto. Para ello hemos dado cuenta de tres elementos claves

que la bibliografía específica ubica como centrales en su conceptualización – expectativas, miedos e intervenciones-, cuya articulación puede ser entendida del siguiente modo:

“El mensaje central de que la gestación y parto son eventos de alto riesgo donde siempre puede salir todo terriblemente mal, incluso para mujeres saludables, se encuentra tejido a través de cada aspecto de nuestra cultura. Los riesgos, complicaciones y dolor asociados al parto se transforman en el contenido principal de la comunicación, y es ahí donde las intervenciones del equipo médico aparecen como las que salvan a la mujer y al bebé. Estas imágenes son reforzadas y actualizadas constantemente por lo que podríamos denominar “relatos de segundo orden” (Melender, 2002), es decir, relatos de experiencias de partos de mujeres cercanas a la gestante como madres, amigas, tías o hermanas” (Sadler y Rivera, 2015, p. 67)

Como todo primer paso, esta ponencia está cargada de preguntas a futuro. La lectura de los aportes de Del Mónaco (2017), aunque se refieran a otro tipo de dolores y de estatuto crónico, inspiró la interrogación respecto a cómo pensar los dolores del parto: ¿qué metáforas se utilizan para narrar e insertar en el lenguaje las experiencias del dolor del parto? “Partirse al medio”, “dolores menstruales”, “como un dolor de golpe de testículos” son algunas de las frases recogidas en el trabajo de campo. ¿De qué modos la atención obstétrica tiende a legitimar o desacreditar esos dolores? ¿Cómo las biología locales encarnan formas de vivir, atravesar y narrar dolores de parto? ¿Cómo los cursos de psicoprofilaxis mencionan el dolor en el parto? ¿Cómo las mujeres logran gestionarlo?

“Se podrían seguir planteando preguntas que enfatizan que el dolor en el parto emerge como un fenómeno en estrecha relación tanto con la conceptualización que cada sociedad hace del proceso de nacimiento, como con las condiciones locales en que sucede. En este sentido, la pregunta de interés no es tanto si las mujeres en cada sociedad sienten o no dolor durante el parto, sino más bien qué rol cumple el dolor en cada sociedad (Sadler, 2013). Para Jordan (1993), las expectativas generadas por la concepción local del parto influyen en el nivel en que el dolor se demuestra y se vive” (Sadler y Rivera, 2015, p. 70).

Bibliografía

- Cardùs, L. (2015). Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología. *Dilemata*, (18), 129-145.
- Castrillo, B. (2019). *Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de La Plata). Publicada en SEDICI- UNLP. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/78629>
- Del Mónaco, R. (2017). Idiomas del dolor crónico. Experiencias y saberes a partir de la migraña”. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Felitti, K. (2011). Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18, 113-129.
- García Carrascosa, L. (2009). El miedo al dolor en el parto y como afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural. *Madrid. 7ª edição.(Outubro, 2010)*.
- Goberna-Tricas, J.; y Biurrún-Garrido, A. (2020). El alivio del dolor en el parto. Empoderamiento y vulnerabilidad de las mujeres en la toma de decisiones. Estudio cualitativo. *Musas*, vol. 5, núm. 1 (2020): 79-97.
- Leboyer, F. (1976) Por un nacimiento sin violencia. Madrid: Mandala. 1.ed.
- Núñez, P. (2014). Experiencias en torno al dolor en el parto hospitalario: una aproximación antropológica. *Matronas profesión*, (2), 43-49.
- Read, G. D. (1956). Parto sin dolor. *Central, Buenos Aires*.
- Ruiz Vélez-Frías, C. (1955) Parto sin dolor, método de preparación psicoprofiláctico. Madrid, Ed. Enciclopédica.
- Sadler, M., & Rivera, M. (2015). El temor al parto: Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos. *Revista Contenido.: Cultura y Ciencias Sociales*, 6, 60-73.
- Videla, M. (1974). Maternidad: mito y realidad. Buenos Aires: A. Peña Lillo.