

Artículo de investigación

Parir y nacer. Trazas corporales, impacto subjetivo y derechos vulnerados

Magdalena Arnao Bergero¹ Virginia Luz Galván¹ Flavia Roso¹**Correspondencia**

englance@yahoo.com.ar

Filiaciones institucionales¹Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba (Argentina)**Resumen**

La atención hospitalaria al nacimiento en nuestro país, se caracteriza por ser altamente medicalizada, intervencionista y por elidir los aspectos subjetivos de los protagonistas. Reflexionaremos sobre las razones que posibilitan dicho escenario, a pesar de existir un extenso marco legal y vasta evidencia científica que refleja los efectos negativos de este modelo atencional. Estas prácticas son el reflejo de lógicas patriarcales que subyacen a los entramados relacionales de nuestra sociedad y una de las tantas formas que adopta la violencia de género en la actualidad. Considerando al nacimiento como un evento profundamente subjetivo, significativo y singular, puntualizaremos acerca de las posibles consecuencias emocionales y trazas subjetivas que devienen de la atención dominante. Además, visibilizaremos la necesidad urgente de un cambio de paradigma para instalar al parto respetado como la norma y como un evento a cuidar y proteger en relación a la salud mental de la sociedad entera.

Palabras clave

parto respetado | violencia obstétrica | padecimiento subjetivo | derechos humanos | salud mental

Cómo citar

Arnao Bergero, M., Galván, V. L. y Rosso, F. (2018). Parir y nacer. Trazas corporales, impacto subjetivo y derechos vulnerados. *Revista de Psicología*, 17(2), 3-13. doi: 10.24215/2422572Xe017

DOI

10.24215/2422572Xe017

Recibido

19 sep. 2018

Aceptado

2 dic. 2018

Publicado

28 dic. 2018

Editor

Nicolás Alessandrini | Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid (España)

ISSN

2422-572X

Licencia

© Copyright: Arnao Bergero, M. et al. Este trabajo se distribuye bajo una licencia de Cultura Libre [CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Entidad editora

RevPsi es una publicación de la Facultad de Psicología (Universidad Nacional de La Plata, Argentina)



Dar à luz e nascer. Vestígios no corpo, impacto subjetivo e direitos violados

Resumo

Atendimento hospitalar de nascimento em nosso país, caracteriza-se por ser altamente medicalizado e intervencionista e por deixar de lado os aspectos subjetivos daqueles que são protagonistas. Neste trabalho, refletiremos sobre as razões que tornam esse cenário possível, apesar da existência de um extenso marco legal e de uma vasta evidência científica que reflete os efeitos negativos desse modelo de atenção. Essas práticas são o reflexo das lógicas patriarcais que permeiam as redes relacionais de nossa sociedade e uma das muitas formas que a violência de gênero adota hoje. Considerando o nascimento como um evento profundamente subjetivo, significativo e singular, apontaremos as possíveis consequências emocionais e traços subjetivos que vêm da atenção dominante. Além disso, vamos destacar a necessidade urgente de uma mudança de paradigma pra instalar o parto respeitado como norma e como um evento pra cuidar e proteger em relação à saúde mental de toda a sociedade.

Palavras-chave

nascimento respeitado | violência obstétrica | sofrimento subjetivo | direitos humanos | saúde mental

To give birth and to be born. Body traces, subjective impact and violated rights

Abstract

In our country, hospital care during childbirth is highly medicalized and interventionist, and leaves aside subjective aspects of those who are protagonists. In this paper, we analyze the reasons that make this scenario possible, despite the existence of an extensive legal framework and vast scientific evidence that show the negative effects of this model. These practices reflect the patriarchal logics which underlie the relational social fabric of our society and one of the many forms that gender violence adopts today. Considering birth as a deeply subjective, significant and singular event, we draw attention to the possible emotional consequences and subjective traces that result from the dominant attention model. In addition, we highlight the urgent need for a change of paradigm in order to install respected childbirth as the norm and as an event to take care of and protect in relation to the mental health of the whole society.

Keywords

respected birth | obstetric violence | subjective disease | human rights | mental health

Aspectos destacados del trabajo

- El nacimiento como derecho reproductivo forma parte de la salud integral de las personas.
- La violencia obstétrica impacta de manera negativa en la salud mental materno-infantil.
- Las trazas psíquicas de la violencia obstétrica se encuentran naturalizadas e invisibilizadas.
- *Parir y nacer* son experiencias subjetivas, transformadoras de realidad y por ende actos profundamente políticos.

Durante el Siglo XIX y el XX la atención al nacimiento se ha convertido en un acto exclusivamente dominado por la medicina. Como resultado, la atención médico-hegemónica ha invisibilizado los aspectos subjetivos de las personas, caracterizándose además por ser altamente medicalizada e intervencionista. Esto es parte de un entramado amplio de múltiples prácticas de colonización de los cuerpos de las personas gestantes, su sexualidad, sus saberes, su capacidad de decidir, su incidencia política.

Es llamativo observar cómo aquello que se encuentra naturalizado como prácticas rutinarias de cuidado, son a la vez formas invisibilizadas de violencia y sólo son posibles sobre el terreno epistémico y político de la exclusión de las mujeres de sus propios cuerpos en un territorio que les es propio: el parir.

En nuestro país, la lucha por el parto respetado y la eliminación de la violencia obstétrica es una demanda de género, que surge del movimiento de mujeres y que, aún con las tensiones que han surgido en torno a ello en el campo de la salud, se aúna a los reclamos del feminismo denunciando la violencia que el sistema sanitario despliega sobre el cuerpo de las personas en situación de parto (incluyendo embarazo, parto, lactancia, el/la niñx).

Promover un debate acerca de los supuestos sobre los que el sistema de salud se sostiene implica habilitar una mirada crítica, que instaure las preguntas en relación a las concepciones de salud que manejamos, desde la indagación por el tipo de sociedad que queremos construir.

Un modelo de atención al nacimiento que incorpore la dimensión subjetiva es, por lo tanto, un hecho urgente y necesario ya que potencia los lazos en salud enmarcados en el respeto y la equidad. Promueve la gerencia de subjetividades activas y partícipes de la construcción de vidas saludables como un hecho político y una necesidad fundamental para la salud mental de un pueblo.

La violencia obstétrica es violencia de género

La violencia obstétrica se encuentra minimizada e invisibilizada en nuestra sociedad, podemos identificarla como violencia de género en tanto la misma se configura como un modo particular de captación del cuerpo/sexualidad de la mujer, ubicándola en un lugar pasivo, de desempoderamiento y de pérdida de la capacidad de decidir. Podemos definir violencia obstétrica acorde a Ley 26.485 como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales conforme lo establece la ley 25.929” (2009, art 6). Esta violencia es dirigida a parir de diversos y potentes dispositivos, hacia las personas gestantes, quienes son usualmente juzgadas, atemorizadas, infantilizadas, vejadas, lastimadas física y emocionalmente en la situación de gestación, parto y puerperio.

En el contexto del nacimiento institucional actual, la posibilidad de decisión es anulada sistemáticamente. Se apela a un saber unidireccional, en donde la voz y el saber de las mujeres son acallados y la naturalización del maltrato por parte de todo el personal es un hecho corriente. Dicho proceso se enmarca en una estructura preparada para el funcionamiento acrítico, es decir, de acuerdo con Kitzinger (2015) lo que sucede cuando una mujer ingresa en un hospital es que se integra a un engranaje social que regula su comportamiento y el de todos los que están en él sin que nadie lo cuestione.

De una atención dominante, caracterizada por ser fuertemente intervencionista, y por desconocer la subjetividad de quienes son protagonistas, devienen consecuencias emocionales y padecimientos subjetivos que afectan profundamente la salud mental. Encontramos, numerosas vivencias de soledad, abandono, pérdida de la agencia, incomunicación y discriminación. Violencia emocional, verbal y física acompañada por un disciplinamiento impuesto (Beck y Driscoll, 2006; Kwee y McBride, 2016).

Existen dentro de las prácticas obstétricas habituales de nuestro país, vastos ejemplos. Comenzando por la patologización y medicalización de un momento saludable y fisiológico (en embarazos de bajo riesgo), que sitúa a las personas gestantes como enfermas necesitadas de atención médica, y desde la cual se sostienen la mayoría de las intervenciones. El ingreso a la institución funciona como un rito de pasaje (Davis-Floyd, 2009): silla de ruedas, tactos a repetición por diferentes personas, la colocación de una vía endovenosa “por si a acaso”, separación de los seres queridos, separación mamá-bebé. De esta manera, se despliegan diversos sentidos que colocan a la mujer y su cuerpo como defectuosos y la dejan fuera de la posibilidad de tomar control sobre su situación. Al respecto señala Magnone Alemán (2013):

El problema del crecimiento de intervenciones en el parto se acentuó, según la OMS (1996, p. 3), cuando la siguiente afirmación errónea se instaló en el saber-hacer de los obstetras: “Un nacimiento sólo puede ser declarado normal retrospectivamente” y de este modo “el cuidado durante un parto normal debiera ser similar al cuidado de un parto complicado” (Magnone Alemán, 2013, p. 82).

El parto concebido como un hecho patológico, coincide con una larga historia de sustracción de la mujer del control de los saberes referidos a la sexualidad, los nacimientos, los abortos, y la salud en general. Saberes que eran ejercidos por mujeres: parteras y curanderas. Ese “pasaje” de la salud en el seno del hogar/comunidad a la Institución fija un antes y un después en la historia de la autonomía del cuerpo de la mujer y, en particular, en el parto (Felitti, 2011; Olza, 2017).

Modelo médico hegemónico: cuerpos que se reproducen/cuerpos máquina

En nuestro país predomina un *modelo de atención médico hegemónico* (en adelante MMH) que, entre otros supuestos epistémicos y metodológicos, sienta sus bases en la filosofía cartesiana que propone la escisión mente-cuerpo. Esto posibilita la alta tecnologización de las prácticas médicas, la concepción/manipulación de los cuerpos como objeto y la separación médico-paciente (Davis-Floyd, 2009; Menéndez, 1988). Como afirmamos anteriormente, estas lógicas no escapan de las bases ideológicas que nos sustentan “la manera en que una sociedad organiza el comportamiento reproductivo de sus miembros refleja sus valores nucleares y principios estructurales” (Sadler, 2004, p.1). No es difícil observar, en los nacimientos hospitalarios, principalmente, los procesos en los que se instaura una habitual violencia que pareciera no ser asumida ni por las instituciones y las/os profesionales que la ejercen ni por quienes la padecen.

Davis-Floyd (2009) ofrece una manera de pensar el proceso por el cual la estandarización, medicalización y tecnologización de los partos va in crescendo, describiendo los diferentes rituales que se presentan en los modos de atención occidental. La autora nos invita a analizar cómo la normativización de muchas prácticas obstétricas (tactos sucesivos para controlar la dilatación, la aplicación estandarizada de una vía, la silla de ruedas para trasladarse a la sala de partos, los pujos dirigidos por los profesionales que acompañan, la episiotomía, la imposibilidad de ingerir agua y alimentos, funcionan como marcas simbólicas que claramente a nuestro entender dejan secuelas corporales y emocionales, imponiendo un mensaje acerca de la pérdida casi total de control por parte de la parturienta. La dependencia a la institución, el cuerpo tratado como máquina, el parto como enfermedad, las personas deshumanizadas y desprovistas de historia. Los relatos de quienes han parido en instituciones están cargados de situaciones de violencia teñidas por rutina, protocolo y naturalidad.

El lugar que ocupa el cuerpo de la mujer durante los nacimientos evidencia las dinámicas de género que no son excepción en la atención médica. La etapa reproductiva de las personas con capacidad gestante concentra las mayores acciones e intervenciones en los servicios de salud (Colanzi, 2014). Este cuerpo en tanto “defectuoso”, es un cuerpo para otros, un cuerpo pasivo, hecho objeto al servicio de la tecnología, cuyo único fin es el reproductivo. En ese uso del cuerpo, en esa relación jerárquica, patriarcal y desigual de la relación médico-paciente (que deja afuera a

la emoción y lógicamente a la singularidad de cada persona gestante que pare) van dejando rastro las marcas que se inscriben en la subjetividad, una y otra vez. Los relatos están plagados de estas huellas en la memoria subjetiva:

1. *Relato extraído de material testimonial, curso de posgrado "Parto respetado: saberes, praxis e impacto en el campo de la salud". Dictado en 2017/2018, Facultad de Psicología (UNC, Argentina).*

Entré al quirófano y temblaba de frío, la obstetra me saluda y me acuerdo que estaba la radio fuerte, decían chistes, el único que me dio la mano y me dijo tranquila yo estoy acá para lo que necesites, fue el anestesista, el resto hablaba entre sí y reían, yo no entendía nada, me ataron, me anestesiaron y comenzó la cesárea. La sacan a mi gordita pero enseguida se la llevaron. De repente me quede sola sin mi hija y muerta de frío, entraron a limpiarme las enfermeras que se peleaban por "a quien le tocaba limpiarme" y el motín de guerra eran mis piernas que las revoleaban de un lado a otro, yo lloraba y no existía para nadie¹.

La posición litotómica es una clara muestra del rol pasivo que se espera de una mujer durante su parto. La episiotomía es una marca corporal, una mutilación femenina usada indiscriminadamente y utilizada al servicio del tiempo del otro, de la comodidad ajena que deja sus trazas (físicas y simbólicas) durante días, meses e incluso años en la sexualidad femenina. Estas prácticas, que funcionan a modo de "ceremonia" con alta eficacia simbólica, conllevan un padecimiento subjetivo que tarda en sanar y dejan vestigios para siempre en la vida de muchas mujeres: "La episiotomía me duele en el alma, cada vez que me toco la siento, es una marca, un estigma, un sello. Pariste y estás marcada para siempre, ni te cuento lo que me duele tener sexo"².

2. *Relato extraído de material testimonial, curso de posgrado "Parto respetado: saberes, praxis e impacto en el campo de la salud". Dictado en 2017/2018, Facultad de Psicología (UNC, Argentina).*

Las experiencias de sufrimiento abundan y los datos escasean. Si bien en informes y documentos de organismos de salud nacionales e internacionales, no se aconseja la intervención innecesaria durante el proceso fisiológico del parto (en el caso de partos de bajo riesgo), el número de cesáreas e intervenciones médicas en Argentina supera la media recomendada (*Las Casildas OVO, 2015*). Los datos son estimativos e informales ya que no es preocupación de las políticas públicas vigentes, recabar datos realistas al respecto.

Huellas en el cuerpo, huellas en el alma: el trauma invisible...

La patologización de un proceso fisiológico y saludable, y la atención basada únicamente en el riesgo, conlleva una grave iatrogenia que tiene consecuencias a mediano, corto y largo plazo en la salud mental de la díada mamá-bebé. Sara Buckley (2015) ha estudiado minuciosamente las consecuencias de las intervenciones durante el trabajo de parto sano y advierte acerca de cómo interferir en el proceso cuando la mujer y el bebé se encuentran saludables, puede producir daño a corto, mediano y largo plazo.

El parto es un momento de gran vulnerabilidad para la mujer. Es un evento físico y psíquico de gran intensidad, muy significativo para quienes son protagonistas. Además, existe un escenario neurohormonal único y específico que prepara a la

mujer gestante y al bebé para el vínculo y la construcción subjetiva.

Los eventos que transcurren durante el parto y las primeras horas del puerperio pueden quedar vívidamente grabados en la memoria, tanto si son positivos como si son traumáticos. Como afirma Olza (2017), se puede salir empoderada de un parto y esto permitirá obtener confianza durante el puerperio y la construcción del rol maternal, o bien, salir debilitada y tener que afrontar emocionalmente dañada la etapa del posparto, con sus claras consecuencias en lo vincular y con un impacto profundo en todo el sistema familiar.

Mujeres que han vivenciado sus partos como violentos muestran sentimientos de culpa, autovaloración baja, dificultad para relacionarse con el bebé, dificultad en la adaptación psicosocial, dificultades en la lactancia, pérdida de confianza en su cuerpo, stress postraumático, ansiedad, depresión (Fisher, Astbury y Smith, 1997).

Estas huellas se transforman con mucha frecuencia en situaciones traumáticas y podemos afirmar que nos encontramos frente a una situación de infradiagnóstico e invisibilidad ya que las mujeres terminan lastimadas y traumatizadas, pero nadie puede verlo, ni siquiera los profesionales especializados. Este panorama deja a las usuarias del sistema sanitario en una situación de desprotección, desamparo y vulnerabilidad (Beck y Driscoll, 2006).

Cada sábado me despertaba a las 2 am y me ponía en trance de esa situación, empezaba a sudar agua fría, recordaba cada frase, las caras, las palabras...Solo me pasaba los sábados. Recordaba hasta el anestesista que me decía eres milagro, por haber sobrevivido (relato extraído de *El Parto es Nuestro*).

Como resultado de las intervenciones obstétricas, el tipo de parto, el trato recibido, los dichos del personal, la falta de libertad en la toma de decisiones. Incluso, con un parto aparentemente normal, las mujeres pueden vivenciarlo como traumático y muy doloroso en términos emocionales.

Es muy importante que el personal sanitario tome conciencia de que el parto “puede ser un evento tan estresante como para desencadenar un Trastorno de Estrés Postraumático (Olza, 2017). De hecho, se estima que en algunos países entre un 1,5 y un 6% de las mujeres presentan un TEPT en el posparto. Los factores de riesgo incluyen el ser primípara, tener un parto prematuro o con alto intervencionismo obstétrico, vivir una situación de separación del recién nacido, recibir información inadecuada acerca de la evolución del trabajo de parto o no recibirla y la percepción de que el trato recibido no ha sido adecuado (Beck y Driscoll, 2006). El TEPT tras el parto conlleva un enorme sufrimiento psíquico y afecta a la relación de la madre con su bebé, su pareja y los profesionales de la salud. Tiene síntomas propios, diferentes de la depresión posparto, aunque algunas madres pueden presentar los dos trastornos. Los síntomas pueden durar meses o años (Bailham y Joseph, 2003).

Como ha estudiado Kitzinger (2006), las experiencias suelen ser tan intensas que muchas mujeres utilizan las mismas palabras que las víctimas de violación sexual.

Me pusieron en los estribos y todo eso, y yo seguía tratando de cerrar mis piernas y ellos seguían tratando de abrirlas completamente. Y me estaban tocando y me estaban limpiando, tirando y empujando hacia mí y yo seguía empujándolos para sacarlos de encima (*Kizinger, 2006*, p. 544).

Cambiando el paradigma. Parto respetado, una cuestión de derechos

La humanización del parto es un movimiento mundial a favor de un modelo de atención, donde el respeto de los tiempos (biológicos y psicológicos) y las necesidades culturales e individuales son el eje. Esta perspectiva implica el corrimiento respecto de algunos supuesto centrales sobre los que se estructura el MMH. Promueve la visión del organismo como una unidad bio-psico-socio-cultural; el respeto por los procesos fisiológicos, emocionales, sociales y culturales, la tecnología al servicio de la persona; una relación horizontal entre médico-consultante, amable y cuidadosa. De esta forma, el parto respetado aboga por una humanización del sistema de salud que pueda priorizar la singularidad del otro, valiéndose de la tecnología en los casos en donde sea necesario, pero, por sobretodo, mirando a la persona en su aquí y ahora como sujeto de derecho y soberana de su cuerpo. Este modelo necesita, por parte de los profesionales de la salud, un amplio conocimiento de fisiología del parto y entrenamiento en el trato con personas sintientes, pensantes, que tienen historias personales que las definen, siendo conscientes del poder que tienen sus actos, palabras, miradas, en un momento tan crucial, significativo y de tanta vulnerabilidad para las parturientas, y haciendo un uso ético de este poder.

Un aspecto principal es el hecho de considerar al parto como un hecho sexual. Este punto implica una sumatoria de sentidos importantes: por un lado, quiere decir que puede ser concebido como un momento de gozo, lo cual irrumpe en las representaciones sociales del parto como un evento ligado al sufrimiento y la vulnerabilidad (“parirás con dolor” como mandato cultural y como adoctrinamiento); significa que puede ser vivido libremente como una decisión, un derecho de la mujer y no como un mandato reproductivo. Por lo tanto, el nacimiento puede ser experimentado, como un momento de la vida sexual posible de ser transitado en libertad y plenitud. Quiere decir, además que, al ser un proceso fisiológico sexual, se hacen presentes una serie de condiciones hormonales y psicológicas que se encuentran relacionadas, de ser vividas sin intervención, con el placer y el bienestar. En este sentido, vivir plenamente y libremente este momento es parte de los derechos sexuales y reproductivos de las personas gestantes y las familias.

Coincidimos con Oiberman (2013) en que ser madre o figura de cuidado para un recién nacido, excede el hecho biológico, requiere de una serie de ordenamientos psíquicos que se irán configurando a partir de la experiencia (incluidas las experiencias previas) y presenta un significado a nivel social, cultural, histórico y psicológico.

Hoy, en nuestro país, el acceso a un parto respetado es un derecho. Un parto respetado no es ni una moda, ni una tendencia, ni una posibilidad de atención optativa. Este movimiento mundial, a favor de un nuevo paradigma de atención al nacimiento, está plasmado en la ley N°25.929 desde el 2004, y se viene difundiendo en todo el mundo desde hace más de 30 años y encuentra su momento fundante a nivel mundial en la declaración de fortaleza de la OMS en 1985. Además, hay numerosa y extensa investigación, y evidencia científica que amplía y actualiza las prácticas desde este paradigma y que han llevado a la elaboración de documentos de recomendaciones en esta línea por parte de la OMS y de Unicef, como, entre otros, los proyectos de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (2003).

Teniendo en cuenta la ley N°25.929 (2004) un parto respetado es un parto donde recibimos un trato individual, personalizado, respetuoso, íntimo y en donde se tienen en cuenta las pautas culturales y sociales de la mujer. Un parto respetado es aquel en el que las mujeres embarazadas son consideradas personas sanas, no enfermas que requieren intervención. En el que se respetan los tiempos fisiológicos y también psicológicos. Donde se puede elegir de qué manera parir y con quien. Un parto respetado es un parto donde las mujeres pueden ejercer su libertad como personas saludables e informadas debidamente. Un parto respetado es un parto donde los protagonistas son la mujer pariendo y el bebé naciendo, sujetos de pleno derecho.

El parto que pertenece a la vida sexual y reproductiva de la persona con capacidad gestante, cuando es vivido desde el respeto y la libertad, impacta saludablemente en su subjetividad, permitiéndole la soberanía de este momento que siempre le perteneció. Pudiendo desplegar sus propios recursos psíquicos que influirán positivamente en el cuidado del niño que nace y en toda la vida de ambos y de la familia.

Pese a la existencia de marcos normativos que harían posible las situaciones de parto respetuosas, nada parece haber sido modificado sustancialmente en nuestro país. El choque ideológico con las instituciones (hospitales públicos y privados) y profesionales encargados de la salud es fuerte. La formación de agentes de salud parece ser uno de los obstáculos más grandes para que lo contenido en la ley sea realidad en el sistema. Este impacto ocurre no sólo por la resistencia del sistema médico hegemónico que se siente cuestionado en su saber, sino también por las relaciones jerárquicas instauradas socialmente, que implican un sistema vertical de praxis. Este sistema vertical, como ya afirmamos, es caracterizado por las representaciones de género en torno a la sexualidad, maternidad que es dirigida hacia las mujeres (sumisión, incapacidad para decidir). Tenemos así, como resultado, una tendencia a la mercantilización de la vida, en la que la salud ocupa un lugar de enclave complejo entre mercado, políticas de gestión de los cuerpos/emociones, capitalismo y patriarcado.

Cuando las personas con capacidad gestante son habilitadas para parir de un modo respetuoso, las experiencias son vividas como situaciones de plenitud y empoderamiento. Los relatos de las mujeres que viven un parto plenamente respetuoso (en los tiempos que del propio cuerpo, a su ritmo, en un ambiente familiar, íntimo, cuidado, amoroso) constituyen en sí relatos de experiencias de empoderamiento.

Algunos extractos de relatos hablan por sí solos:

3. *Relato extraído de material testimonial, curso de posgrado "Parto respetado: saberes, praxis e impacto en el campo de la salud". Dictado en 2017/2018, Facultad de Psicología (UNC, Argentina).*

Mi parto fue... para mí como... perfecto. Yo lo imaginé así y también fue mejor de lo que imaginaba... para mí lo más importante, fue el respeto de todos y la confianza. Y yo la confianza también en todos y en mí misma... yo pude estar en cada momento absolutamente concentrada en lo que sentía y en lo que sentía que quería y tenía que hacer, después de poder eso, siento que puedo todo³.

Reflexiones finales. Parto y nacimiento respetado, una realidad necesaria

En esta compleja trama, la lucha por el parto respetado es una resistencia desde el movimiento de mujeres por la autonomía de los cuerpos que irrumpe en uno de los anclajes más profundos de la sociedad: el sistema de salud hegemónico. Por eso afirmamos la dimensión política del parto. Tomamos lo anterior para reflexionar acerca de los intersticios, por los que puedan desplegarse los cambios en la manera en que los nacimientos son atendidos hoy en el sistema público y privado. Esta resistencia, como dijimos anteriormente, surge desde el movimiento de mujeres como reclamo ante la responsabilidad que le compete al Estado de garantizar un pleno ejercicio de los derechos.

Es nuclear que los profesionales en salud mental comprendamos que este debate es necesario y urgente ya que en un sólo acto médico se están violando derechos humanos básicos a la igualdad, a la salud, a la integridad, a la información, a la privacidad y muchos otros más. La lista es extensa. Las historias personales de sufrimiento abundan, el inicio de la vida cargado de padecimiento psíquico trae aparejado consecuencias en la salud integral de las personas y en el bienestar de la comunidad en general. En palabras de Leboyer (1975/2009): "proteger la salud durante el parto implicará aprender a respetar el sagrado momento del nacimiento, reivindicando su potencia, su trascendencia, su fragilidad. Algo tan fugaz y tan elusivo como el amanecer".

Referencias

- Bailham, D. y Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health & Medicine*, 8(2), 159-168. [HTTPS://DOI.ORG/10.1080/1354850031000087537](https://doi.org/10.1080/1354850031000087537)
- Beck, C. y Driscoll, J. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorders: A clinician's guide*. Massachusetts: Jones & Barlett Publishers.
- Buckley, S. J. (2015). Executive summary of hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies, and maternity care. *The Journal of Perinatal Education*, 24(3), 145-153. [HTTPS://DOI.ORG/10.1891/1058-1243.24.3.145](https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.3.145)
- Colanzi, I. (2014). De brujas y parteras: disciplinamiento y violencia obstétrica. En *Actas de las VIII Jornadas de Sociología de la UNLP*. La Plata: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación UNLP. Recuperado a partir de [HTTP://SEDICI.UNLP.EDU.AR/HANDLE/10915/50821](http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/50821)
- Davis-Floyd, R. (2009). *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Buenos Aires: Creavida.
- El parto es nuestro. Sitio web. Recuperado a partir de [HTTPS://WWW.ELPARTOESNUESTRO.ES](https://www.elpartoesnuestro.es)
- Felitti, K. (2011). Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). *Historia, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18(1), 113-129.
- Fisher, J., Astbury, J. y Smith, A. (1997). Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: A prospective longitudinal study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(5), 728-738. [HTTPS://DOI.ORG/10.3109/00048679709062687](https://doi.org/10.3109/00048679709062687)
- Kitzinger, S. (2015). *La crisis del parto*. Barcelona: Ob Stare.
- Kitzinger, Sheila. (2006). Birth as rape: There must be an end to «just in case» obstetrics. *British Journal of Midwifery*, 14(9), 544-545. [HTTPS://DOI.ORG/10.12968/BJOM.2006.14.9.21799](https://doi.org/10.12968/BJOM.2006.14.9.21799)
- Kwee, J. L. y McBride, H. L. (2016). Working together for women's empowerment: Strategies for interdisciplinary collaboration in perinatal care. *Journal of Health Psychology*, 21(11), 2742-2752. [HTTPS://DOI.ORG/10.1177/1359105315586211](https://doi.org/10.1177/1359105315586211)
- Las Casildas. Observatorio de Violencia Obstétrica. (2015). *Informe sobre la encuesta de 2003 al parto o cesárea - Argentina*. Recuperado a partir de [HTTPS://DRIVE.GOOGLE.COM/FILE/D/0B-UCL20WYUYRYTRZWTWPCWVYY1U/VIEW](https://drive.google.com/file/d/0B-UCL20WYUYRYTRZWTWPCWVYY1U/VIEW)
- Leboyer, F. (1975/2009). *Birth without violence*. Vermont: Healing Arts Press.
- Ley Nacional 25.929. (2004). *Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento*. Buenos Aires: Congreso de la Nación - República Argentina. Recuperado a partir de [HTTP://SERVICIOS.INFOLEG.GOB.AR/INFOLEGINTERNET/ANEXOS/95000-99999/98805/NORMA.HTM](http://servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/ANEXOS/95000-99999/98805/NORMA.HTM)
- Ley Nacional 26.485. (2009). *Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Congreso de la Nación - República Argentina. Recuperado a partir de [HTTP://SERVICIOS.INFOLEG.GOB.AR/INFOLEGINTERNET/ANEXOS/150000-154999/152155/NORMA.HTM](http://servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/ANEXOS/150000-154999/152155/NORMA.HTM)
- Magnone Aleman, N. (2013). Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 5(12), 79-92.
- Menéndez, E. (1988). *El modelo médico y atención primaria*. Presentado en Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires.
- Oïberman, A. (2013). *Nacer y acompañar: abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Olza, I. (2017). *Parir. El poder del parto*. Barcelona: Grupo Zeta.
- OMS. (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. OMS - Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, Ginebra. Recuperado a partir de [WWW.WHO.INT/ES/](http://www.who.int/es/)
- Sadler, M. (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario. En Michele Sadler, M. E. Acuña, y A. Obach (Eds.), *Nacer, educar, sanar. Miradas desde la antropología del género* (pp. 15-66). Santiago de Chile: Catalonia.