

BREVE MIRADA HISTÓRICA AL PARTO NATURAL

Anderson Díaz Pérez y Pacífico Castro Gil

La evolución histórica de la Obstetricia al igual que la Medicina es un proceso continuo y progresivo; no obstante por razones expositivas la dividiremos en etapas o periodos como los de la civilización, que nos permiten señalar semejanzas y diferencias para tener una visión más nítida y detallada entre la cesárea y el parto natural. El progreso de la Obstetricia como de la cultura en general, no es uniforme ni simultáneo en todas partes del mundo; en un mismo momento se encuentran Obstetricias que por su grado de evolución corresponden a periodos diferentes. No obstante estos periodos pueden seguirse en orden cronológico si nos circunscribimos a la civilización occidental (83).

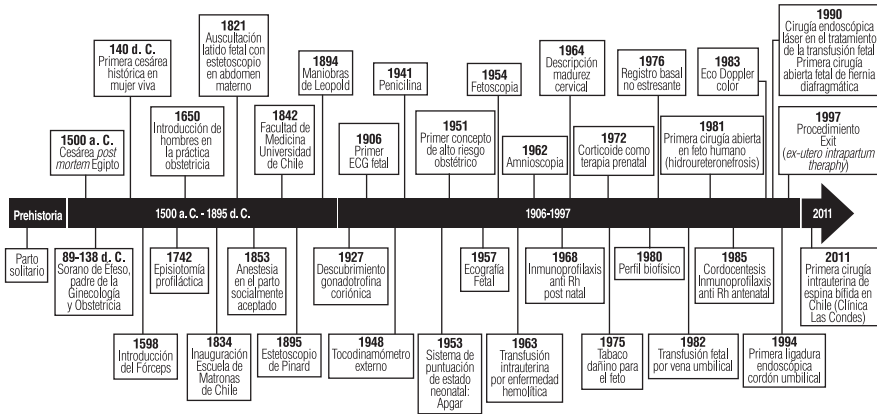
En un principio la mujer paría a la manera animal, sin ninguna ayuda, en forma solitaria. Se entiende por parto como el proceso natural y fisiológico propio de los mamíferos, mediante el cual se expulsa el feto desde el interior de la cavidad uterina al exterior del organismo materno (84). Esta forma solitaria del parto persiste aún en ciertas culturas, siendo la

forma de parto de muchas nativas americanas que siguen fielmente las prácticas de sus antepasados y de quienes dice el Inca Garcilaso de la Vega: Puede leerse: Es conocida la facilidad con que nuestras indias realizan sus partos; muchas veces, en medio de una jornada, se detienen, apuradas por los dolores y en breves instantes, en un cuarto de hora, o algo más dan a luz. Luego se lavan y lavan a su hijo si hay agua a la mano; y echándose a la espalda envuelto en cualquier trapo, siguen su camino como si nada hubiera pasado (34).

Engelmann observó que las mujeres primitivas alcanzaban diferentes posiciones erectas, mediante el uso de palos, hamacas con cabestrillo, muebles, suspensión con cuerdas o con prendas de vestir anudadas; posiciones de rodillas, de cuclillas, sentadas, semisentadas, usando ladrillos, piedras, pilas de arena o bancos de partos, y que hace una descripción pormenorizada con más de 30 posiciones para parir, la clasificación de las principales posturas básicas (85,86).

Es de suponer que en la época de la preobstetricia, la soledad en que ocurrían los hechos, con mayores riesgos que los que podrían darse hoy sin asistencia alguna, en retiro, expuestas a la agresividad del entorno, clima, geografía y en particular a la de animales y fieras. La mujer se sentía obligada a controlar el dolor, más bien a vivir el proceso sin gritar para no quedar expuestas ellas, ni sus hijos a ser descubiertos, así como lo hacen las hembras de otras especies. Sin embargo, nuestra especie por naturaleza colectiva es solidaria y con la inteligencia que ayudó a desarrollar la empatía, el espejarse, solidarizar y aportar algo para el otro, en este caso, la otra (87). Para resumir, la Figura 1 expone la dinámica del parto y la cesárea a través de la historia.

Ilustración 1. Historia de la ginecoobstetricia del parto a la cesárea



Fuente: Sedano LM, Sedano MC, Sedano MR. Reseña histórica e hitos de la obstetricia.

Rev. Médica Clínica Las Condes. 2014; 25(6):866-73

AUTONOMÍA Y VULNERABILIDAD DURANTE EL PARTO

Durante el proceso de parto se desafía necesariamente al control voluntario de la madre; el cuerpo “en estado de parto” aparece disociado del “yo” de la mujer que se convierte simplemente en un espectador de lo que está sucediendo. Aparece la dualidad entre la subjetividad ambigua de las sensaciones del parto y la necesidad de objetivación de lo que le está sucediendo, que deben integrarse en el “yo”; para ello la mujer precisa de “mediaciones externas” para transitar entre este “cuerpo en estado de parto” y su propio “yo” (88). A lo largo de las horas de la fase de dilatación del parto se producen constantes transiciones surgidas y los tiempos de “afirmación del yo”, coincidiendo respectivamente con los periodos de contracciones y los periodos intercontráctiles. Durante las contracciones el protagonismo es para el “cuerpo de parto”, pero entre las mismas, la mujer recupera la unicidad cuerpo/mente y debe objetivar las sensaciones vividas durante la contracción (89).

La parturienta precisa transitar entre ambas fases cada vez con mayor

frecuencia, para ello precisa de mediaciones que la ayuden a mantener su “yo” durante este proceso. Estas mediaciones pueden ser el soporte y/o información de otras personas (parejas, familiares), la respiración acompañada, la concentración mental o la relajación. También los profesionales, o la tecnología médica, contribuyen a objetivar estas sensaciones en el “yo” materno. Si se consigue una transición equilibrada la mujer siente que mantiene el control de la situación. En el caso de mujeres que se someten a anestesia peridural (y por tanto a un modelo medicalizado de atención sanitaria) la disociación entre el “cuerpo de parto” y el “yo” es continua a partir del momento en que la peridural surge efecto. Las mujeres que cuentan con capacidades internas efectivas: concentración, relajación, pueden afrontar el proceso desde sus propios recursos y son menos dependientes del ambiente tecnológico y de los profesionales de la salud específicamente de la decisión del médico (58,88).

Desde la postura que reclama una atención no intervencionista y respetuosa de la fisiología se describe la aproximación biomédica al proceso de parto como alienadora para la mujer al producir esta disociación cuerpo/mente permanente y la contrapone a una aproximación global que considera a la mujer como un todo. Desde esta perspectiva se asimila atención respetuosa con la fisiología con atención centrada en la mujer, humanizada y no intervencionista, Michel Feher “La historia del cuerpo no como historia de representaciones, sino como modos de construcción” (90,91).

Es de considerar que en los casos en que mujeres que optan por una atención sanitaria respetuosa con la fisiología del parto como aquellas que optan por una atención más tecnificada y que acuden a la anestesia peridural como primera opción, la alienación puede producirse en todos aquellos casos en que la objetivación de las sensaciones del “cuerpo de parto” es imposible. En ambos modelos de atención pueden darse transiciones difíciles: por ejemplo una mujer que afronta un parto con una

asistencia respetuosa con la fisiología “un parto respetado”, puede llegar un momento en que el cansancio se haga presente, o en que considere que las contracciones son más intensas que lo que ella se había imaginado, en estos casos la mujer se siente incapaz, frustrada, siente miedo, incluso pánico. La alienación se manifiesta cuando la mujer experimenta la sensación de que la situación está fuera de su propio control, se siente asustada, sola e incapaz de controlar la situación. El punto clave no se encuentra tanto en la disociación cuerpo/mente presente en el discurso médico y social occidental sino en la objetivación exitosa del “yo encarnado”, el cual es construido por las parturientas mediante diferentes mediaciones y actores presentes, entre los cuales los profesionales juegan un activo papel (88).

Como elemento de análisis reflexivo la vulnerabilidad de la mujer debería tomarse como un proceso contractualista de justicia social, DONDE SE debe tratar a las mujeres como “iguales” en poderes y capacidades tanto biológicas como físicas y psicológicas que le permita tomar decisiones sopesando los diferentes fines en cuanto a las ventajas y desventajas, además de las indicaciones y complicaciones de acuerdo a las condiciones de la mujer para decidir por el parto natural versus la cesárea como se verá en los próximos capítulos.