

EL DOLOR EN EL PARTO

Andrea Robertson

El dolor en el parto es universal: parir duele. Al tratarse de una experiencia tan común, podríamos juzgarla como algo positivo, como un vínculo de unión entre las mujeres, una verdad fundamental que corrobora la singularidad de nuestro papel biológico y consolida la importancia de nuestra contribución a la sociedad. Sin embargo, lo habitual es que se considere como un castigo, una imposición innecesaria, una penalidad, el precio que debemos pagar por concebir a los hijos. Este punto de vista, reforzado por la idea de que el dolor es un síntoma de malestar y enfermedad, ha permitido que los médicos (hombres) nos convenzan de que el dolor en el parto es prescindible, no tiene valor alguno y es un mal curable con los tratamientos y la tecnología modernos.

La idea de que el dolor del parto es un castigo tiene mayor prevalencia entre las mujeres occidentales. En muchas culturas el dolor es asumido como una parte necesaria del parto, y aun siendo desagradable, no se considera un problema insuperable. Quizás la razón principal por la cual no teman el dolor y lo asuman sea el hecho de que estas mujeres son asistidas normalmente por otras mujeres, que comprenden el parto y sus misteriosos beneficios para la psique femenina. El traslado forzoso de los partos del entorno hogareño a los hospitales ha convertido el parto en un acontecimiento médico, y la facilidad para disponer de drogas y tecnología en los hospitales ha favorecido su uso (Wagner, 1994). Las mujeres, que con frecuencia no están acompañadas por personas calificadas para apoyarlas, y cuyo estado emocional y hormonal las hace vulnerables, son presa fácil de los seductores mensajes que les dirigen los expertos de que el dolor del parto no tiene ningún beneficio. La mayoría de estos "expertos" son hombres que tienen un punto de vista biológico diferente al de las mujeres como consecuencia de una información reproductiva masculinizada. Puesto que los hombres jamás darán a luz, no tienen necesidad de

instintos innatos para parir y, por lo tanto, no pueden tener una comprensión ni conocimiento intuitivo profundos del proceso del parto. Quizás esto explique por qué los hombres se sienten tan incómodos ante una parturienta, porque son incapaces de conectar con el proceso a nivel

*El lugar adecuado para dar a luz
será el lugar adecuado para
hacer el amor, Michel Odent*

instintivo. El temor y la superstición pueden surgir de este caldo de cultivo.

Para aumentar las probabilidades de que el parto tenga un desenlace saludable para ellas y sus hijos recién nacidos, las parturientas tienen una fuerte necesidad de sentirse mimadas y protegidas. Esta necesidad de depender de los demás deja a las mujeres expuestas al abuso. Ponerse en manos de la persona equivocada durante el parto puede suponer que acaben en un ambiente peligroso y acarrear consecuencias indeseables. ¿Nos han puesto una venda en los ojos a las mujeres para que confiemos en quien no debemos para parir? ¿Hemos depositado nuestra confianza en el hombre médico cuando deberíamos haber confiado más en nosotras mismas y encontrar compañía femenina para la dilatación y el parto?

El incesante aumento del número de intervenciones en los partos sugiere que, efectivamente, ése es el problema. El impulso constante para generalizar el uso de fármacos durante el parto pone de manifiesto otra incoherencia: se exhorta a las embarazadas a evitar los medicamentos durante el embarazo, pero una vez que comienza el parto, se les ofrecen varios fármacos contra el dolor como si no tuviesen ningún efecto sobre el bebé nonato. Se anima a las mujeres a utilizar analgésicos farmacéuticos, por su propio bien, sin mencionar apenas los posibles efectos secundarios sobre el bebé. De hecho, muchas mujeres se inclinan por el uso de métodos no invasivos de alivio del dolor cuando descubren que, en realidad, estas drogas atraviesan la placenta, ya que rechazan la posibilidad, aun remota, de perjudicar al niño. Muchas mujeres han descubierto que merece la pena sobrellevar el dolor del parto

si ello es más saludable para el bebé. Puesto que no se ha demostrado la inocuidad de ninguna droga durante el embarazo y el parto (Haire, 1994), prevenir posibles daños para nuestros hijos pasa porque las mujeres asuman que el dolor es un componente necesario del parto. Es más, el dolor durante el parto puede ofrecer algunas ventajas positivas para el niño, ya que su presencia es una parte integral del proceso y, por lo tanto, es improbable que se trate de un añadido sin beneficios biológicos. Si el dolor cumple un mandato biológico, la comprensión de su significado podría producir un cambio de actitud respecto de su función, lo que al mismo tiempo permitiría el acercamiento a un tipo de atención que, más que bloquear, potenciase el valor de esta entidad fisiológica.

Si hay dolor en el parto, ¿cuál es su propósito y cómo podemos beneficiarnos de ello?

Todos los animales nacen con instintos innatos diseñados para asegurar que las especies sobrevivan y se reproduzcan. Dos bloques de información ponen en marcha las estrategias para la supervivencia y el comportamiento reproductivo, y ya en la vida fetal, ambos están implantados en las partes más profundas del cerebro primitivo. Cada uno de ellos se caracteriza por sus sistemas de respuestas automáticas, utilizando varias hormonas para programar los mecanismos fisiológicos implicados. Desde una perspectiva natural, ambos sistemas deberían ser sencillos y seguros. Los comportamientos reproductivos, por lo tanto, han de ser intrínsecamente efectivos y estar diseñados de forma que todos los animales (excepto aquéllos con defectos indeseables) consigan tener una descendencia sana. Por decirlo de forma sencilla, deben funcionar "a toda prueba", para que todos tengan potencial reproductivo. Además, incentivar una actividad reproductiva suficiente como para proporcionar no sólo generaciones de reemplazo sino un exceso que asegure la proliferación de la especie requiere algún tipo de recompensa para los partícipes.

Las mujeres deberían plantearse estas cuestiones tan importantes. El embarazo ocurre sin "ayuda" exterior. El parto es justamente lo mismo, ha sido diseñado de forma inteligente para ser tan eficiente como sea posible.

Potencialmente, todas las mujeres tienen capacidad para dar a luz de forma fácil y segura sin que sea necesario ningún conocimiento o aprendizaje especial. Un intrincado sistema de hormonas, en un equilibrio preciso, asegura el éxito casi siempre. Los pocos fallos que se dan son necesarios para asegurar el éxito reproductivo de una generación que, a su vez, se reproduzca intensamente.

El cambio vendrá cuando las mujeres se hagan cargo de sus cuerpos y perciban el especial papel de sus hormonas durante el parto (...) La cruda realidad es que las mujeres hemos permitido que los médicos se apoderen de nuestros cuerpos vendiéndonos la idea de que el dolor en el parto es innecesario y puede evitarse de forma segura

Además, se han incorporado incentivos que favorezcan futuros embarazos. Muchos de estos incentivos tienen la forma de placeres sexuales, puesto que, al fin y al cabo, la reproducción es puro sexo. La inclinación natural de las personas a mantener la privacidad de su vida sexual repercute también en las embarazadas, y hace difícil la discusión sobre la sexualidad inherente al parto y la lactancia. Si el parto no fuese tan sexual, quizás sería más fácil para las mujeres expresar sus necesidades y para los demás reconocer la importancia de preservar el desenvolvimiento fisiológico natural del proceso. Ocultar la naturaleza sexual del parto sirve para que evitemos el abordaje de estas cuestiones.

La primera misión del dolor gira en torno a la necesidad de que la mujer sepa que el parto ha comenzado, de forma que pueda retirarse a un lugar seguro mientras se

desarrolla el proceso. La necesidad de un lugar seguro es crucial para el bienestar tanto de la madre como del niño, ya que ambos están inmovilizados y son vulnerables cuando acontece e inmediatamente después (Odent, 1994). Las típicas conductas de anidamiento de las mujeres embarazadas demuestran esta necesidad instintiva de preparar un lugar seguro. Resulta paradójico que de todas las especies que pueblan la tierra, la humana sea la única que hace su nido en un lugar y después se marcha a otro distinto, el hospital, para parir. Este cambio radical del lugar para parir puede explicar las dificultades que experimentan las mujeres, en particular las occidentales, durante el parto. Grantly Dick-Read identificó estos problemas en los años treinta y cuarenta. Diagnosticó correctamente que el miedo y la ignorancia en las mujeres obstaculizaba los partos. No obstante, propuso una solución médica consistente en prescribir clases y educación en lugar de afrontar el problema subyacente: el traslado de las mujeres de sus casas a los hospitales para dar a luz a sus hijos.

El papel de la oxitocina

La oxitocina es la hormona central en todos los aspectos del comportamiento reproductivo. En todas las áreas de la reproducción (relación sexual, dilatación y expulsión, lactancia) actúa del mismo modo y es sensible a los mismos factores inhibidores. A continuación se enumeran brevemente algunos de los efectos de la oxitocina:

En el ciclo sexual:

- Provoca contracciones uterinas.
- Incita un comportamiento afectuoso en hombres y mujeres.
- Provoca una acción succionadora del cérvix que favorece el transporte del esperma.
- Aumenta la producción de esperma y anticipa la ovulación.
- Tras el orgasmo, reduce la ansiedad y la depresión.
- Aumenta la temperatura de la piel.

Durante el embarazo y el parto:

- Las contracciones uterinas frecuentes ayudan a mantener el embarazo y estimulan el flujo sanguíneo placentario.
- La presión del bebé sobre el cérvix durante el parto estimula las contracciones.
- La distensión de los músculos del suelo pélvico y la apertura de la vagina mantienen las contracciones y la necesidad de empujar durante la segunda fase.
- El estiramiento del perineo provoca una subida de la oxitocina justo después del parto, lo que ayuda a mantener el tono uterino.

Después del parto

- La estimulación de los pezones u otros puntos sensibles a la oxitocina provoca la subida de la leche.
- La liberación de oxitocina reduce el riesgo de hemorragia.
- Facilita la involución del útero a su tamaño anterior al embarazo.
- Estimula en la madre comportamientos protectores.
- El aumento de la temperatura de los senos durante el amamantamiento es reconfortante y tiene un efecto protector para el bebé.

Potencialmente, todas las mujeres tienen capacidad para dar a luz de forma fácil y segura sin que sea necesario ningún conocimiento o aprendizaje especial

Todos estos efectos de la oxitocina están interrelacionados y afectan a todos los aspectos de la reproducción. En consecuencia, aquellos factores que inhiben la liberación de oxitocina en un área del comportamiento reproductivo tendrán el mismo efecto en otras áreas. Por ejemplo, como afirma Michel Odent "el lugar adecuado para dar a luz será el lugar adecuado para hacer el amor" (Odent, 1982). Esta interconexión se pasa por alto con frecuencia, especialmente por quienes encuentran muy desagradable o incluso escandalosa la concepción del parto y el ama-

mantamiento como acontecimientos sexuales. Nuestro rechazo a aceptar la sexualidad inherente a la gestación ha sido un factor determinante en la continua denigración y humillación de las mujeres durante el parto. Al negarnos a reconocer el papel principal que juega la oxitocina, nos hemos desentendido de encontrar formas de asegurar que se libera de forma eficaz y fluida, y de paso, hemos infligido a las mujeres partos innecesariamente largos y dolorosos. Los "fallos" resultantes han sido atribuidos a la debilidad inherente a la mujer, cuando deberían haber sido reconocidos como una falta de comprensión de la acción de las hormonas básicas para el parto y de voluntad para proporcionar las condiciones necesarias para que se liberen sin impedimentos.

De todas las especies que pueblan la tierra, la humana es la única que hace su nido en un lugar y después se marcha a otro distinto, el hospital, para parir

La liberación de oxitocina durante el parto se desencadena por una serie de factores: distensión de la vagina, estimulación del clítoris, presión sobre el cérvix, distensión de los músculos del suelo pélvico, estiramiento del perineo durante la coronación y estimulación de los pezones.

La liberación de oxitocina se inhibe tanto por la influencia de factores directos -miedo y ansiedad, inyecciones anestésicas que paralizan áreas sensibles a la oxitocina, saturación de los receptores por dosis exógenas de oxitocina que reducen la sensibilidad a la oxitocina endógena, episiotomía, al reducir el estiramiento del perineo separación de la madre y el bebé, con la consiguiente pérdida del contacto piel con piel- como indirectos -creencias y actitudes que puedan producir vergüenza y recuerdos como por ejemplo haber sufrido una agresión sexual, lo que produce miedo y ansiedad.

Cuando se inhibe la liberación de oxitocina, los resultados son:

- Imposibilidad de alcanzar el orgasmo.
- Debilitamiento de los sentimientos de afecto y ausencia o debilitamiento de los comportamientos maternales.
- Enlentecimiento de la dilatación.
- Alargamiento de la segunda fase.
- Aumento de la probabilidad de hemorragia postparto.
- Problemas con el amamantamiento.

¿De dónde viene el dolor?

La fuente básica del dolor es la acción que se desarrolla en el cérvix. El útero posee nervios sensores que sólo pueden registrar el estiramiento y el desgarramiento. El desgarramiento significa la rotura uterina, un acontecimiento raro aunque de riesgo vital que requiere una señal clara. La dilatación del cérvix es la actividad primordial durante el parto e indica que el proceso está en marcha. El distinto grado de estiramiento, y el consiguiente nivel de dolor, proporcionan a la mujer un mecanismo de retroalimentación que le permite saber hasta dónde ha avanzado el parto.

Puesto que el útero está rodeado por otras estructuras dentro del abdomen, puede haber mensajes de los nervios sensores, a veces dolorosos, desde otras fuentes, tales como la presión sobre una vejiga llena o compresión nerviosa debida a la posición de la cabeza del bebé. Estas fuentes de dolor tienen una cualidad diferente y están presentes normalmente entre las contracciones, una indicación clara de que algo no va bien y necesita atención.

Endorfinas

La necesidad biológica del dolor durante el parto se ve amortiguada por la capacidad del cuerpo para producir endorfinas en momentos de estrés físico agudo. Este fenómeno es bien conocido entre los atletas y aquéllos que practican ejercicio aeróbico regularmente. Los efectos beneficiosos y la naturaleza protectora de las endorfinas ayudan a facilitar el proceso, y como son similares a los opiáceos en su estructura química y acción, tienen la facultad de causar adicción en quienes experimentan frecuentemente su liberación.

Las endorfinas ofrecen distintos beneficios a las embarazadas y a las parturientas:

- Son analgésicos naturales, producidos en respuesta al duro trabajo del embarazo y el estrés de las contracciones uterinas.
- Propician conductas de alejamiento, útiles para concentrarse en el propio proceso y autoprotegerse.
- Crean sensación de bienestar y promueven sentimientos positivos.
- Pueden ser un importante eslabón para el vínculo maternofilial, creando un clima emocional positivo para el primer encuentro con el bebé.
- Los sentimientos de logro y satisfacción por el parto aumentan la autoestima y la confianza.
- El efecto amnésico de las endorfinas permite a la mujer olvidar los peores aspectos del parto, proporcionándole un incentivo para volver a reproducirse.
- Ofrecen una recompensa natural por el esfuerzo que implica dar a luz.

En cuanto al bebé, las endorfinas también podrían ser importantes, al asegurar que la madre tenga sentimientos positivos y maternales cuando se encuentren por primera vez.

Las hormonas producidas en el cuerpo del bebé en respuesta al parto (noradrenalinas) son primordiales para la supervivencia inmediata de todos los bebés, asegurando que podrán mantener la temperatura corporal y respirar con éxito debido a una producción adecuada de surfactantes. Además, las pupilas del bebé se dilatan y muestra un comportamiento bastante alerta, ambas cosas muy importantes para atraer y mantener la atención de la madre (Lagercrantz & Slotkin, 1986).

Las endorfinas son analgésicos naturales con numerosos efectos secundarios beneficiosos para las madres y los bebés. Sólo se liberan en respuesta al trabajo y el esfuerzo del parto, y específicamente cuando el dolor está presente. Por lo tanto, las mujeres necesitan el trabajo de parto como algo fundamental, además del dolor de las contracciones, para asegurar que tienen las endorfinas que necesitan. Sin estos factores, las endorfinas no se producirán, y la mujer no sólo sufrirá durante el parto, sino que puede encontrarse en un estado menos que óptimo para recibir a su nuevo bebé. El proceso de vinculación, considerado frecuentemente como un bonito "extra"

del nacimiento, es en realidad crítico para el éxito de la reproducción y queda garantizado por una serie de interacciones hormonales. Tras haber empleado un considerable esfuerzo tanto en gestar como en parir un bebé, el imperativo de la naturaleza es asegurar la supervivencia del bebé al "secuestrar" el compromiso de la madre en la continuidad de su crianza. Es necesario reconocer que los problemas para el amamantamiento, el fracaso de la vinculación y el surgimiento de comportamientos maternales en las nuevas madres pueden ser consecuencia de prácticas inapropiadas durante el parto e insensibilidad respecto del exquisito e intrincado equilibrio de las hormonas del embarazo y el parto. ¿Podemos verdaderamente permitirnos ignorar el poder y la necesidad de la oxitocina y las endorfinas para el bienestar de las mujeres y los niños?

Los efectos de la adrenalina

Cuando se perturba el desarrollo natural del parto, el cuerpo pone en marcha mecanismos evasivos instintivos para asegurar la supervivencia y protección de la parturienta y su bebé. El mecanismo implicado en ello utiliza la adrenalina como medio, la hormona del "huir o luchar" que nos es tan familiar. Producir adrenalina es una respuesta automática ante una situación que nos produce miedo o nos resulta amenazadora. Las mujeres que dan a luz son especialmente vulnerables. Además de los síntomas y signos de la producción de adrenalina en el cuerpo que conocemos bien (aumento de la presión sanguínea, sudor frío en la piel, aceleración del ritmo cardíaco, respiración agitada, pupilas dilatadas, intranquilidad, etc.), la parturienta que se enfrenta a una de estas situaciones y su bebé necesitan protección extra para prevenir el fracaso de la reproducción.

Según los cálculos de la naturaleza, cuando las circunstancias son peligrosas para la madre, no hay muchas oportunidades para un bebé indefenso, y es necesario que la biología actúe para evitar la inminencia del parto. La liberación de adrenalina puede iniciarse debido a una serie de factores estresantes evidentes o subyacentes: ruidos altos, extraños, ambientes poco familiares u hostiles para el parto, interrupciones y distracciones, falta de

privacidad y procedimientos invasivos. Los miedos subconscientes pueden también provocar la liberación de adrenalina, así como la vergüenza. Siempre que la adrenalina fluya, aparecerán una serie de signos clínicos, como: comportamientos de pánico, aumento de la presión sanguínea, enlentecimiento de las contracciones debido al efecto de la adrenalina sobre la producción de oxitocina, aumento del dolor debido a la disminución en el aporte de sangre oxigenada al músculo uterino y pausa en la dilatación, ya que las fibras circulares del músculo uterino se contraen e interfieren en la acción de las otras capas de músculo.

Estas reacciones y síntomas, normales y esperables, son diagnosticados frecuentemente como "parto detenido", "disdinamia uterina", "distocia" y/o "trabajo miometral ineficiente", allí donde un diagnóstico correcto diría: "respuesta natural ante una situación amenazadora", "perfecta interacción hormonal dadas las circunstancias" y/o "reacción normal ante un entorno hostil"

Quizás ha llegado el momento de examinar la necesidad de epidurales desde una perspectiva diferente, la del fracaso de los hospitales en el intento de proporcionar a las mujeres un entorno seguro y protector para el parto en lugar de etiquetar a las mujeres como "fracasadas" cuando sus cuerpos tienen miedo ante la tesitura en que se las coloca

La incapacidad para etiquetar estas situaciones correctamente es un ejemplo magnífico de la aplicación de un modelo médico a procesos físicos normales. La catalogación de estas situaciones como "fallo" de la mujer ha ser-

vido de excusa a la medicina para apropiarse de la atención al parto y orquestar los partos de las mujeres de forma que se adapten a unos criterios impuestos arbitrariamente por personas con poca comprensión de las funciones fisiológicas normales. Así es como consiguen y mantienen el control sobre el cuerpo de las mujeres, y como insulto adicional, se induce a las mujeres a creer que un parto dirigido y predecible no sólo es deseable, sino más seguro para ellas y sus bebés. El epitome de este método es el "control activo del parto", un atropello contra la función hormonal natural de las mujeres planificado y llevado a cabo con precisión mecánica y una total falta de consideración hacia el sublime plan reproductivo de la naturaleza. Cuando se comprende el verdadero papel de la adrenalina durante el parto, es decir, prevenir un parto extemporáneo, los remedios para reducir esta necesidad y permitir un parto eficaz se hacen evidentes.

Los siguientes consejos no siguen ningún orden en particular y deben ser considerados a la luz de las circunstancias particulares:

- Identificar la fuente del miedo o la perturbación y eliminarla.
- Adoptar medidas básicas de control del pánico.
- Proporcionar intimidad.
- Evitar procedimientos innecesarios.
- Cambiar de ambiente.
- Bajar la luz, proporcionar un ambiente cálido y tranquilo.
- Reducir el número de asistentes, empezando por el equipo de atención.
- Facilitar la asistencia continuada por profesionales con habilidades de empatía.
- Echar a cualquiera que muestre signos de ansiedad.
- Dar tiempo a que la adrenalina disminuya y la oxitocina y las endorfinas reaparezcan (dejar transcurrir por lo menos una hora).
- Susurrar, evitando las miradas directas y la conversación.

Al considerar estas opciones, deberán tenerse en cuenta los siguientes puntos importantes:

- Si la madre y el bebé no muestran signos de problemas médicos no habrá necesidad de intervenir.

- Evitar el uso de un lenguaje negativo y de etiquetas, ya que alteran las percepciones y los comportamientos.
- Los goteros de oxitocina y fármacos analgésicos sólo deben usarse como último recurso, cuando se ha intentado todo lo demás y se ha dado tiempo al trabajo de parto.

Las mujeres y los profesionales que las atienden han empezado a reconocer que el parto es con frecuencia innecesariamente doloroso. La solución, como ya es tradicional, ha sido aplicar al problema el modelo médico, y la medicina nos ha venido con la anestesia epidural como la solución más "aceptable". La intensiva promoción de esta tecnología, cuya falta de evaluación es patente, ha absorbido la atención de las mujeres hacia el dolor del parto y lo ha convertido en algo terrorífico, en una entidad prescindible que no tiene ningún beneficio para ellas o los bebés.

El "control activo del parto" es un atropello contra la función hormonal natural de las mujeres, planificado y llevado a cabo con precisión mecánica y una total falta de consideración hacia el sublime plan reproductivo de la naturaleza

Quizás ha llegado el momento de examinar la necesidad de epidurales desde una perspectiva diferente, la del fracaso de los hospitales en el intento de proporcionar a las mujeres un entorno seguro y protector para el parto. En lugar de etiquetar a las mujeres como "fracasadas" cuando sus cuerpos tienen miedo ante la tesitura en que se las coloca, el personal hospitalario, y en especial las comadronas, podrían reconocer los peligros inherentes a parir en sus instituciones y adoptar medidas para reducir la fuente del miedo. Entonces, sólo se ofrecerían epidurales después de intentar todo lo demás, y reconociendo claramente el fracaso de los hospitales en proporcionar entor-

nos seguros para el parto o bien sobre la base de una necesidad clara de actuación médica.

Las comadronas, por su comprensión del proceso normal del parto y su interés en proteger a las mujeres y el parto fisiológico, están en la posición adecuada para sacar a la luz la verdadera situación que se vive diariamente en nuestros hospitales y adoptar medidas de solución.

Una cuestión feminista

El cambio vendrá cuando las mujeres se hagan cargo de sus cuerpos y perciban el especial papel de sus hormonas durante el parto. Necesitamos:

- Exigir lugares seguros para el parto, como los centros de nacimiento y el parto en casa.
- Resistirnos a las intervenciones innecesarias durante el parto.
- Ejercitar nuestro derecho legal a preservar nuestra integridad corporal y a no ser tocadas o intervenidas sin consentimiento.
- Exigir información adecuada, imparcial y comprensible.
- Reconciliarnos con el dolor del parto. No es algo que debamos temer, sino más bien recibir con agrado por sus beneficios intrínsecos y recompensas: el dolor es una parte necesaria del parto normal y es importante para el bienestar físico y emocional de la madre. Además, es beneficioso para los bebés.
- Las comadronas han de recuperar sus capacidades para sentarse y aguardar en espera de un parto normal. También deben actuar, especialmente cuando presencien malos tratos rutinarios a las mujeres en los paritorios.

¿Cómo podemos quedarnos calladas cuando nuestras hermanas están siendo tratadas de esa forma?

- Se necesita una mejor formación de las comadronas, basada en la experiencia del parto en lugares que favorezcan la fisiología normal. El hogar sería el lugar ideal para comenzar. Los libros de texto tienen que incluir información sobre las hormonas y sus efectos durante el parto. Mi libro "Rehabilitando a las mujeres" es la única obra con la que he topado en donde se explican los efectos y la importancia de las hormonas. Los libros de matronería al estilo médico parecen haber relegado estas cuestiones por "irrelevantes"

- Las mujeres serán mejor atendidas cuando las comadronas dejen de ser enfermeras y practiquen una matronería centrada en la mujer. Abandonar el modelo médico es difícil, especialmente después de años de adoctrinamiento durante la práctica de la enfermería. Aún así, adoptar el modelo social de atención al parto es vital para su éxito.

El miedo, la ansiedad, la anestesia, la oxitocina exógena, la episiotomía, las creencias y actitudes vergonzosas y los recuerdos de un agresión sexual son factores que inhiben la liberación de oxitocina endógena durante el proceso del parto

Las embarazadas necesitan información basada en la investigación. Tenemos que decirles:

- Confía en tu cuerpo, sabe trabajar.
- Olvídate de las respiraciones y otros comportamientos aprendidos, ya que frustran el descubrimiento propio y te restan valor justo en el momento en que más necesitas valerte de tus capacidades innatas.
- Búscate buenos acompañantes durante el parto. Se ha demostrado que acorta el parto y reduce la necesidad de anestésicos.
- Evita la inducción o estimulación del parto dirigidas a controlar tu cuerpo durante la dilatación y el parto, a menos que exista una razón médica probada.
- Piensa cuidadosamente en dónde vas a dar a luz. El síndrome de anidamiento cumple una finalidad importante.

El sistema sanitario, aunque es una estructura monolítica, se está viendo obligado a aceptar algunos cambios debido al creciente coste de la tecnología y las estruendosas quejas de los usuarios. El parto, aun siendo un acto de salud, requiere de especial consideración y medidas enca-

minadas al cuidado de la salud, como son los centros de partos, el apoyo y promoción del parto en casa y un aumento de los servicios de matronería.

Las comadronas están en la posición adecuada para sacar a la luz la verdadera situación que se vive diariamente en nuestros hospitales y adoptar medidas de solución

La cruda realidad es que las mujeres hemos permitido que los médicos se apoderen de nuestros cuerpos vendiéndonos la idea de que el dolor en el parto es innecesario y puede evitarse de forma segura. Hemos perdonado esa usurpación porque nos tenían en la ignorancia sobre la naturaleza y propósito del dolor en el parto, impelidas por argumentos que parecían persuasivos, pero que no se basan en la realidad. Ha llegado el momento de recuperar nuestro dolor, porque nosotras y nuestros hijos lo necesitamos para sobrevivir.

Traducción: Francisca Fernández Guillén

Andrea Robertson es consejera de Childbirth Education, de Sydney, Australia. Sus libros incluyen "Preparing for Birth", "Making Birth Easier", "Empowering Women", y "The Midwife Companion". Como directora de Childbirth Education, una organización independiente dedicada a la formación, otorga el primer diploma de graduación en preparación al parto del mundo, y presenta talleres para comadronas y educadores sobre matronería teórica y práctica de gran éxito dentro de Australia y en muchos países del extranjero.

BIBLIOGRAFÍA

- Odent, M.: *Birth Reborn*, vídeo documental de la BBC, 1982.
- Haire, D.: *Obstetric drugs and procedures: their effects on mother and baby*, ponencia presentada en Future Birth Conference, Australia, 1994.
- Lagercrantz, H. & Slotkin, T.: *The "stress" of being born*, Scientific American, abril, pp. 92-102, 1986.
- Newton, N.: *The trebly sensuous woman*, Psychology Today, vol. 98, pp. 68-71, 1971.
- Newton, N.: *The role of the oxytocin reflexes in three interpersonal reproductive acts: coitus, birth and breastfeeding*, Clinical Psychoneuroendocrinology in Reproduction, proceedings of the Sero Symposia, Academic Press, vol. 22, pp. 411-418, 1978.
- Robertson, A.: *Empowering Women - teaching active birth*, ACE Graphics, PO Box 173, Sevenoaks Kent UK TN14 5ZT, 1994.
- Wagner, M.: *Pursuing the Birth Machine - the search for appropriate birth technology*, ACE Graphics ibid, 1994.
- Whittlestone, W.: *Obstetric practice and lactation: the inhibitory effects of large doses of oxytocin*, manuscrito inédito, disponible a través de ACE Graphics ibid, 1982.