

El miedo al dolor en el parto y como afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural.

Laura García Carrascosa.*

**Dra en Bioquímica por la Universidad Autónoma de Madrid. Investigadora en el CSIC.*

Septima Edicion. Octubre 2010

¿Qué es el miedo[1]?

Según el diccionario de la Real Academia Española (DRAE) el miedo es la <<*perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario*>>. El vocablo procede del latín *metus*, que tiene significado análogo.

El miedo es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente o futuro. Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza, y se manifiesta tanto en los animales como en el ser humano. Desde el punto de vista biológico, el miedo es un esquema adaptativo, y constituye un mecanismo de supervivencia surgido para permitir al individuo responder ante situaciones adversas con rapidez y eficacia. En ese sentido, es normal y beneficioso para el individuo y para su especie.

Desde el punto de vista psicológico, social y cultural, el miedo puede formar parte del carácter de la persona o de la organización social. Se puede por tanto aprender a temer objetos o contextos, y también se puede aprender a no temerlos, se relaciona de manera compleja con otros sentimientos (miedo al miedo, miedo al amor, miedo a la muerte) y guarda estrecha relación con los distintos elementos de la cultura.

El mecanismo que desata el miedo se encuentra, tanto en personas como en animales, en el cerebro, concretamente en el sistema límbico, que es el encargado de regular las emociones, la lucha, la huida y *la evitación del dolor*, y en general de todas las funciones de conservación del individuo y de la especie. Este sistema revisa de manera constante (incluso durante el sueño) toda la información que se recibe a través de los sentidos, y lo hace mediante la estructura llamada amígdala, que controla las emociones básicas, como el miedo o el afecto, y se encarga de localizar la fuente del peligro. Cuando la amígdala se activa se desencadena la sensación de miedo y ansiedad, y su respuesta puede ser la huida, la pelea o la rendición. Es interesante señalar que el miedo al daño físico provoca la misma reacción que el temor a un dolor psíquico.

La extirpación de la amígdala parece eliminar el miedo en animales, pero tal cosa no sucede en humanos (que a lo sumo, cambian su personalidad y se hacen más calmados), en los que el mecanismo del miedo y la agresividad es más complejo e interactúa con la corteza cerebral y otras partes del sistema límbico.

El miedo produce cambios fisiológicos inmediatos: se incrementa el metabolismo celular, aumenta la presión arterial, la producción de adrenalina, la glucosa en sangre y la actividad cerebral, así como la coagulación sanguínea. El sistema inmunológico se detiene (al igual que toda función no esencial), la sangre fluye a los músculos mayores (especialmente a las extremidades inferiores, en preparación para la huida) y el corazón bombea sangre a gran velocidad para llevar hormonas a las células (especialmente adrenalina). También se producen importantes modificaciones faciales:

agrandamiento de los ojos para mejorar la visión, dilatación de las pupilas para facilitar la admisión de luz, la frente se arruga y los labios se estiran horizontalmente.

¿Qué tiene que ver el miedo en la percepción del dolor?

Hay muchas mujeres que sienten algún tipo de miedo, en mayor o menor medida al ver que se acerca el momento del parto. Uno de los mayores temores es no saber a qué nos enfrentamos, el desconocimiento de una experiencia que nunca hemos vivido. Por eso, los partos posteriores suelen enfrentarse con menos temor, salvo que la primera experiencia haya sido traumática[2-3].

Por otra parte, hay miedos ancestrales que llevamos dentro de nuestro ser. El miedo a la muerte, el miedo al dolor, el miedo a perder el control de las situaciones, el miedo a lo desconocido[2-9]...

El miedo al parto y al dolor del parto lo llevamos inculcado desde dentro en nuestra cultura. Ese ancestral mandato bíblico de <<parirás con dolor>>, puede clavarse en la mujer como una sentencia fatal y generar un auténtico terror a lo que se pueda sufrir en el momento del parto. Es importante conocer todos estos miedos y trabajarlos antes del parto para poder controlarlos. El diálogo con otras mujeres, una doula, la propia matrona que nos atenderá en nuestro parto e incluso la pareja, puede ayudarnos a ahuyentar estos miedos[10]. El miedo es en cierto modo algo aprendido, que por tanto, se puede <<des-aprender>>: *La información es una de las mejores armas contra el miedo.*

La primera arma que puede tener una mujer para vencer el miedo es conocer a fondo el proceso de parto en toda su dimensión. No sólo desde el punto de vista fisiológico, sino también desde el punto de vista de “saber” realmente qué es lo que allí puede sucederle. Conocer físicamente el lugar donde se va a dar a luz, conocer la manera de proceder del personal que nos va a atender, sus protocolos, etc. va a contribuir muy favorablemente a disminuir el miedo al proceso de parto. Asimismo, la redacción de un plan de parto en el cual uno sepa de antemano que se van a respetar sus deseos respecto a cómo se quiere que acontezca este suceso, puede ser un elemento crucial para disminuir el umbral del miedo al parto.

Consuelo Ruiz Vélez-Frías, una de las matronas que más luchó en España por brindar a la mujer más información para combatir el miedo y el dolor al parto, lo expresaba así en su libro “El parto sin dolor”[11]:

Supongamos que dos muchachos, igual de jóvenes e igual de fuertes, dan un paseo en barca, y ésta zozobra. Sigamos suponiendo que uno sabe nadar y el otro no. ¿Qué ocurre? Que el que sabe nadar, porque aprendió, naturalmente, pues nadie nace sabiendo cosa alguna, sabe lo que tiene que hacer. Automáticamente, en el momento de caer al agua lo recuerda y lo practica, mueve los brazos y las piernas y respira cómo le han enseñado, nada y se salva. El otro no sabe nadar. Cuando cae al agua se asusta, piensa que se va a ahogar, grita patalea, y se hunde.

El mismo hecho de caer al agua, igual para los dos, por la diferencia de saber o no saber, para uno ha sido un *sufrimiento* y para otro un *trabajo*. Creo que el ejemplo está bastante claro y que todos ustedes lo habrán comprendido.

El parto produce dolor porque las mujeres no saben lo que tienen que hacer en el momento de dar a luz, y en su azoramiento y nerviosismo suelen hacer todo lo contrario, es decir, movimientos antinaturales, que impiden la evolución normal de todo el proceso y provocan el dolor.

Exactamente igual que en el ejemplo que les he puesto, igual que los muchachos que iban en barca, entre una mujer preparada y otra sin preparación, la diferencia saber o no saber se traduce en sufrimiento o trabajo.

La que está preparada espera y sabe lo que va a pasar y lo que tiene que hacer en cada etapa de su embarazo y de su parto. Cuando el momento llega, obra con arreglo a sus conocimientos, ayuda a su organismo y da a luz felizmente y sin dolor. La no preparada no sabe exactamente lo que pasa en su organismo cree que su vida y su salud están en peligro, se asusta y el miedo crea un desequilibrio cerebral que provoca el dolor. Todos le dan consejos a cual más disparatado, porque nadie sabe nada, y así, en vez de ayudar a su parto, es ella misma, por su ignorancia, la que lo perturba y dificulta, dando a veces ocasión al sufrimiento fetal, al nacimiento de niños asfícticos y a intervenciones obstétricas.

Muchos partos acaban teniéndose que efectuar una aplicación de fórceps, porque las mujeres, agotadas, no pueden dar a luz solas, y las mujeres se agotan por su conducta intempestiva y antinatural en partos no preparados [...] Dije que yo comprendo que en sus mentes va sistemáticamente unida la idea parto = dolor.

Esta idea es errónea. El dolor proviene de un reflejo condicional que les explicaré en la próxima charla, y vuelvo a repetirles que hay que pensar en contracción uterina con su papel y sentido verdaderos, como representante del trabajo y no de la enfermedad de un órgano.

El corazón funciona, poco más o menos, como el útero, y su trabajo nos pasa casi inadvertido.

Yo voy a hacer con ustedes una preparación verbal adecuada a sus conocimientos y dirigida a su inteligencia. Nada de medicinas ni de gimnasias. No se trata más que de prepararse, capacitarse moralmente para cumplir una hermosa y agradable función.

Más aún, tanto Consuelo Ruiz como otros profesionales constatan que el control del miedo al parto, hasta anularlo, permite dar a luz sin ninguna o muy poca percepción de dolor:

Matronas de toda España, amigas mías: lo increíble es verdad.

He visto a toda clase de mujeres dar a luz con la sonrisa en los labios; he visto resolverse como por encanto dificultades que hubieran necesitado, en la mayoría de los casos, intervenciones quirúrgicas. Estoy maravillada.

Pero aún falta lo mejor. Antes que matrona, soy mujer. Lo que más me entusiasma del método que os presento es la elevación, la dignificación de la mujer con ocasión del cumplimiento de sus nobles deberes de madre.

La embarazada deja de ser una enferma, un caso, confiada ciegamente a otras personas que, a veces, ni conoce siquiera, en un asunto del que sólo sabe que de él depende su vida y la de su hijo marchando a ojos cerrados por un camino ignorado.

Y documentan con su experiencia la existencia de mujeres que dan a luz sin experimentar dolor.

No sólo es posible el parto sin dolor, si no que están también documentados los partos orgásmicos, en los que durante el mismo la mujer de parto llegó a experimentar un orgasmo, como reflejan los obstetras Merelo-Barberá, Serrano Vicens, y el Dr. Schebat del Hospital Universitario de París [12]. Estos partos lejos de suponer una experiencia anecdótica, ha sido también constatada por otros profesionales [13-16]. Ina May Gaskin, una conocida matrona de EEUU, cifra en torno al 21% el número de partos orgásmicos según su experiencia[14] aunque el Dr. Schebat del Hospital Universitario de París, realizó también un estudio encontrando un porcentaje mucho menor, entorno al 6%, probablemente por llevarse a cabo dicho estudio únicamente dentro del ámbito hospitalario [12].

La reciente película-documental “*Orgasmic Birth*” de la directora de cine Debra Pascali-Bonaro[17] nos brinda una oportunidad para disponer de imágenes de partos

placenteros que nos ayuden a creérnoslo o a imaginarlo. En esta obra, Debra se ha aventurado a investigar sobre la naturaleza del parto y cómo éste puede convertirse en una experiencia placentera demostrando que existe otro concepto de parto, por desgracia hoy poco conocido y extendido, que refleja el gran poder que tiene la mujer para parir y experimentar esa experiencia con placer. Así también lo describe Barbara Katz Rothman, en su libro "In labor": "El parto tiene mucho en común con el orgasmo; se segrega oxitocina, hay contracciones uterinas, hay erección de los pezones y, bajo circunstancias óptimas, hay sensaciones orgásmicas".

Al respecto, detalla Casilda Rodríguez, en su libro, *Pariremos con placer* como hay una asombrosa similitud entre las transformaciones del útero en el momento del parto y en el momento del orgasmo[12]:

En todo orgasmo femenino se producen contracciones del útero, lo que viene a ser otra perspectiva para entender las contracciones del parto así como los partos orgásmicos, y que nos lleva a lo mismo; es decir, que el fenómeno conocido como orgasmo consiste en unos movimientos rítmicos del útero (contracciones o latidos) que al relajarse y distenderse, relajan también el cervix.

Y como el útero constituye el centro de placer en la mujer:

[...] Según la sexóloga francesa Maryse Choisy, que realizó en la década de los 70 un seguimiento con cuestionario, durante diez años, de la sexualidad de ciento setenta y cinco mujeres, el útero es el centro del sistema erógeno de la mujer y actúa como una caja de resonancia del placer; Choisy habla de un orgasmo cervicouterino que por lo general se confunde con el orgasmo vaginal, y que es el más intenso y de mayor placer que se extiende por todo el organismo: *El orgasmo femenino auténtico no se produce ni en el clítoris ni en la vagina. Tiene su origen en el cuello del útero... El orgasmo cervico-uterino difiere radicalmente de todos los otros placeres en intensidad, en profundidad, en calidad, en ritmo sobre todo, en extensión. Es más difuso. Termina por abarcar el cuerpo entero.*

[...] Cuando una mujer empieza a excitarse sexualmente, el útero empieza primero a temblar, como una medusa suspendida en el océano y luego a latir, como un corazón, o como el cuerpo de una rana, como decían nuestras antepasadas, siendo cada latido el origen de una ola de placer.

[...] Sin embargo, la socialización de las niñas en la inhibición sistemática de las pulsiones sexuales, hace que dichas conexiones neuromusculares no se establezcan, y por eso nos hacemos adultas sin sentir o percibir el útero: es la socialización en la ruptura de la unidad psicosomática entre la conciencia y el útero, que decía Merelo-Barberá. Por eso, por lo general, o por lo menos en los primeros orgasmos de nuestras vidas, sólo percibimos el placer que el útero expande y no percibimos el propio latido del órgano propulsor del placer. Es como si sintiéramos el calor de un radiador pero el radiador quedara fuera del alcance de nuestra percepción sensorial.

Los ginecólogos Masters y Johnsons también comprobaron, basándose en un estudio realizado en cien mujeres embarazadas, que durante el embarazo se produce una intensificación de la erogeneidad de las áreas genitales (los pechos se vuelven muy sensibles y constituyen una fuente de placer). Algunas mujeres que anteriormente no habían conseguido tener ningún orgasmo, durante este período lo consiguen fácilmente[18], destacando la implicación del placer también en el proceso de embarazo y parto.

¿Cómo es posible entonces que, existiendo la posibilidad de tener un parto placentero, este proceso sea, sin embargo, percibido por una gran mayoría de mujeres como una experiencia altamente dolorosa?

La primera persona que realizó una investigación profunda de los mecanismos involucrados en la percepción del dolor y el placer durante el parto fue el obstetra Grantly Dick-Read[19]. En su libro titulado “Dar a luz sin miedo” relata, la que fue para él, la primera experiencia de parto indoloro y que le causó un gran impacto. Ésta ocurrió cuando fue a atender el parto de una mujer del campo, quien no se dejó administrar su habitual dosis de cloroformo. Tras el parto, cuando éste le preguntó, por que había rehusado el cloroformo, esta mujer le dijo: “No me ha dolido nada, tenía que ser así ¿verdad doctor?”. Más adelante constató otros muchos casos de mujeres que parían con muy poca o nula sensación de dolor y confirmó, que en todas se daban un conjunto de circunstancias similares, de relajación y ausencia de miedo o estrés, llevándole a iniciar un proceso de búsqueda de las razones que contribuyen al dolor del parto. En este libro, Dick-Read explica:

No existe ninguna función fisiológica en el organismo que resulte dolorosa en condiciones fisiológicamente normales, en estado de buena salud. Lo mismo debería suceder con el proceso de parto. En ninguna otra especie animal el proceso de parto parece estar asociado a dolor o sufrimiento de algún tipo, salvo en condiciones patológicas o en situaciones no naturales como las que se pudiesen dar en cautividad.

Dick-Read estaba convencido de que no se requiere un pensamiento consciente para los procesos detrás del embarazo y nacimiento. Esta “inconsciencia”, es lo que vendría determinado por las estructuras más primitivas de nuestro cerebro y que hacen el trabajo sin que seamos conscientes de ello. Al igual que no podemos controlar el crecimiento de un ser en nuestro cuerpo, del mismo modo, tampoco podemos controlar a nivel consciente el trabajo de parto, porque es algo que ocurre sólo: El cuerpo sabe...

En otras palabras, después del embarazo, la mujer no está abandonada a su suerte. El buen transcurso del parto, no depende de si sabe o no dar a luz, o si encuentra a alguien que le asista. La mujer “sabe” hacerlo de modo inconsciente, porque su cuerpo está preparado para ello. Hay literalmente un “reflejo” que llevará a que el bebé salga del útero sin ningún tipo de control consciente por parte de la mujer. El problema es que todo esto se puede desmoronar si de repente surge otra respuesta, el llamado mecanismo de alerta y huida como consecuencia del miedo.

En su libro, Dick Read describe los diferentes músculos que forman el útero. Hay en primer lugar unos músculos longitudinales que recorren el útero de arriba a abajo y son responsables de empujar para hacer descender el feto. Un segundo grupo de músculos circulares y transversales a los longitudinales se concentran sobre todo en la zona del cuello del útero y son los responsables de mantenerlo cerrado o abierto. Ambos tipos de haces musculares funcionan como un par sincronizado regulados por los sistemas parasimpático y simpático respectivamente, de forma que para que el sistema nervioso simpático que inerva las fibras circulares tiene que desactivarse para que estas fibras aflojen la tensión y no ofrezcan resistencia al movimiento de las longitudinales, que están inervadas por el parasimpático. Es un movimiento análogo al que tiene lugar en conjuntos de músculos de función antagonista como el bíceps-tríceps para flexionar y extender el brazo donde para que uno se contraiga el otro debe estar relajado y si los dos se contraen simultáneamente el movimiento de doblar el brazo ocurre con dificultad, esfuerzo e incluso dolor. Este funcionamiento le hizo concluir a Read que el miedo, que mantiene activo el simpático, es el que produce el parto con dolor, porque mantiene las fibras circulares contraídas y apretadas ofreciendo resistencia al movimiento de las longitudinales que tienen que tirar con más fuerza para conseguir vencer esa resistencia y poder dilatar el orificio del cuello del útero. Este mecanismo es similar al que tiene

lugar durante el vaciado de la vejiga urinaria o del ano durante la defecación, donde las fibras circulares cierran para retener la orina o las heces, y se aflojan para permitir que el movimiento de las fibras longitudinales expulsen la orina de la vejiga o las heces del recto. Curiosamente existen estudios científicos que demuestran que cuando las personas no tienen la intimidad y relajación necesarias tienen mayores dificultades para orinar o defecar, demostrando la intensa relación que tienen los procesos que activan el sistema simpático en la inhibición de la distensión de las fibras circulares de estos órganos[14]. Además de estos dos haces de fibras, el útero posee un conjunto de fibras musculares en forma de ochos y espirales que inervan el útero y cuya función es mantener el riego sanguíneo para aportar el oxígeno necesario que este órgano requiere durante el trabajo de parto, y al mismo tiempo para retirar las sustancias de desecho que se generan.

Dick-Read, expresa que el sentimiento de miedo durante el parto en la mujer, además de activar el sistema simpático que hace que los haces circulares permanezcan contraídos, provoca que la sangre se distribuya a otras regiones diferentes del útero como respuesta al mecanismo de “alerta”. Este mecanismo se desencadena con el fin de que esta sangre pueda ser utilizada por el resto de músculos del cuerpo, para su uso como salida a una situación de peligro. Como resultado, el útero recibe un aporte insuficiente de oxígeno que conlleva que éste trabaje en condiciones más dificultosas y menos eficientes, lo que genera una reacción de dolor. Por desgracia, cuando se desencadena el mecanismo de alerta y huida, el útero no se considera un órgano esencial y recibe menos aporte sanguíneo. Del mismo modo que en un ataque de miedo nuestra cara palidece porque no necesita tanta sangre, como la requieren nuestras piernas para poder huir, el útero de una mujer con miedo es literalmente de color blanco[19]. Por ello, por su falta de “combustible” no puede funcionar correctamente, ni eliminar desechos de forma adecuada. La mujer no sólo experimenta dolor, si no, multitud de problemas.

De hecho, hoy se sabe por diversos estudios científicos que una de las consecuencias de un menor aporte de oxígeno al útero sería el aumento de la producción de ácido láctico en el músculo acidificando el medio. Para que se den de forma espontánea las contracciones uterinas, es necesario que el tejido del útero tenga un pH no ácido, por tanto, la acidificación del medio uterino conlleva contracciones menos eficaces, que contribuyen a que los partos se alarguen e incluso no progresen, al tiempo que la presencia de ácido láctico cristalizado en el músculo podría generar mayor dolor[20-21].

Lo que en general es indiscutible es que la percepción del dolor es, en un amplio grado, una cuestión subjetiva del individuo y muy influenciada por la cultura y los hábitos aprendidos desde la infancia. Comenta David Morris en su libro “La cultura del dolor” que Mark Zborowski publicó en 1969 un curioso libro titulado “Gente con dolor”, en el que relató las actitudes que produjo el dolor en los veteranos de guerra[22]. Zborowski afirmó que la fisiología del dolor adquiere atributos culturales y sociales y su análisis no sólo requiere de investigación en el laboratorio y la clínica, sino también en el complejo laberinto de la sociología. La medicina constituye una poderosa cultura o subcultura que produce sus estereotipos, la descripción del cuerpo humano como si fuera una máquina explica lo equivocado del tratamiento del dolor en esta concepción, pues éste y la enfermedad siempre son artefactos culturales.

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 cuando es apropiado expresar dolor, pero además hay una identidad étnica y un devenir histórico

que pueden quedar registrados en la expresión del dolor. De hecho, la misma Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define el dolor como *la experiencia "sensorial" y "emocional" relacionada con el daño real o potencial de algún tejido, o que se describe en términos de algún daño*. De esta definición se destaca que hagan distinción entre lo sensorial (percibido por los sentidos) y lo emocional (interpretado o valorado por el cerebro en función de experiencias previas y nuestra educación). Somos seres culturales en el padecimiento y el tratamiento del dolor.

En cuanto al factor cultural en la percepción colectiva del dolor del parto, hay interesantes estudios comparativos entre mujeres gestantes de EEUU y de Holanda. En EEUU, el parto está fuertemente medicalizado y la visión de las mujeres es la de que es un proceso altamente doloroso y que es necesario recurrir a la epidural para poder pasar por ello. En Holanda, donde sólo un tercio de los partos transcurren en el ámbito hospitalario, y la mayoría de partos transcurren de forma más natural, las mujeres tienen escaso miedo al dolor. Debido a esta diferencia cultural las expectativas previas que ambas poblaciones tienen respecto al dolor del parto son muy diferentes y el resultado es que cuando estas mujeres son después interrogadas acerca de cómo transcurrieron sus partos, las mujeres holandesas narran una experiencia poco dolorosa y en cualquier caso perfectamente llevadera sin epidural, mientras que las mujeres estadounidenses reflejan una mayor percepción de dolor en sus partos y una tasa de epidural muy superior [23-24].

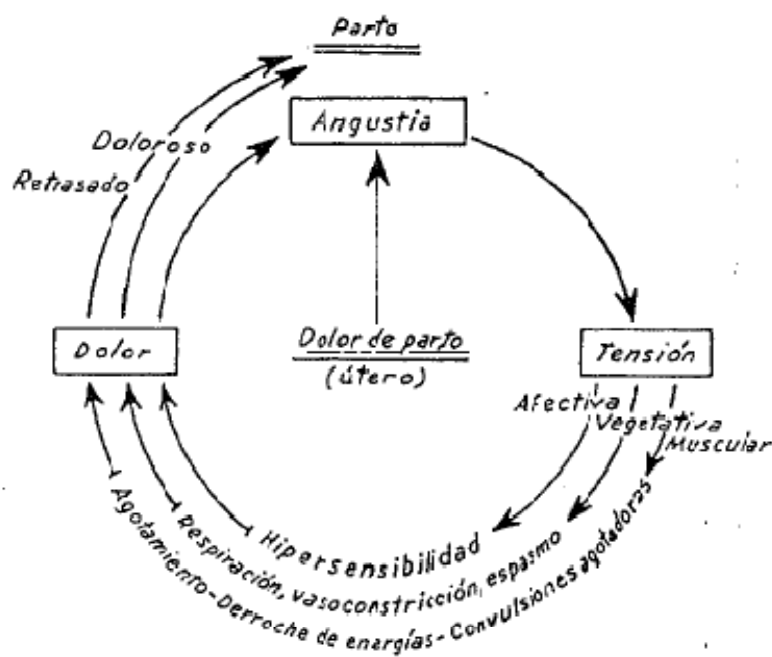
También parece ser que el modo en el que se segrega la oxitocina, la hormona que se encarga de contraer el útero para permitir la dilatación del cervix afecta al modo en cómo se contrae el útero y a la consecuente percepción dolorosa. Según Frederick Leboyer[25] el útero tiene dos formas de contraerse, una espasmódicamente, es decir con espasmos en bloque de los músculos contraídos, que producen en cada intento de distensión, en cada espasmo o contracción, el conocido dolor del calambre. Leboyer explica que cada contracción es un movimiento espasmódico de todos los haces musculares longitudinales en bloque, y que el músculo contraído reacciona sin distenderse, sin aflojar, y lo compara con una garra que no se afloja y que no suelta su presa. Con esta contracción al cervix le cuesta mucho abrirse, la garra no se afloja; a diferencia de cómo en cambio se abre suavemente si los haces musculares están relajados, y se produce un tipo de distensión lenta que empieza en la parte superior de los haces musculares, y baja poco a poco hasta el extremo inferior, y al llegar abajo, el cervix se afloja y va abriendo su luz suavemente, un poco más con cada latido. Con este tipo de distensión, más que de contracción cabe hablar de latido uterino; y Leboyer, al observar el movimiento del vientre de la madre, asegura que se asemeja a la respiración lenta y pausada de una criatura cuando duerme plácidamente. Dice Leboyer también, que *en el rostro de la mujer se observa que en lugar de retorcerse de dolor, camina hacia el éxtasis*.

También hay estudios que revelan otro aspecto de la oxitocina que tiene que ver con la apertura del útero. La oxitocina es más eficaz cuando se libera de forma rítmica por pulsaciones rápidas[26]. Esto corrobora la eficacia de la distensión del útero con pulsaciones rítmicas; el tipo de relajación de los músculos suave y lenta, de oleada en oleada, de latido en latido. Y también explica que sea distinto el efecto de la oxitocina inyectada en vena y que llega de golpe; y que produce la contracción de los haces musculares a la vez y en bloque. Dice Leboyer que lo que hasta ahora se habían considerado 'contracciones adecuadas' del trabajo de parto, son contracciones altamente patológicas y de la peor calidad. Hace avanzar lentamente el trabajo de parto y hacen sufrir a la mujer y a la criatura. Así pues, como dice Wilhem Reich, <<los nacimientos son traumáticos, porque desde hace siglos los úteros son espásticos>>[27].

La solución a este problema, parece estar, por tanto, bastante clara: por una parte, relajar a la parturienta, pero al mismo tiempo alejar las fuentes que generan tensión y miedo, así como el intervencionismo médico y un ambiente poco adecuado. A la mujer de parto no se le debe instar o empujar a hacer las cosas o a alterar su ritmo, por el contrario, se le debe animar, en un clima de calma o simplemente dejarla a su aire para que su cuerpo trabaje sin ser entorpecido.

Con esta premisa, Dick-Read elaboró la teoría denominada “*síndrome del miedo-tensión-dolor asociado al parto*”, según la cuál, el miedo y el estrés experimentados durante el parto causan una tensión en la mujer que aumenta la percepción del dolor por los motivos anteriormente mencionados, por lo que eliminado el miedo, las mujeres podrían volver a permitir a su útero trabajar en condiciones fisiológicamente normales, eliminando, de este modo, el dolor. De esta forma, el uso de fármacos para aliviar el dolor se vería ampliamente disminuido y relegado a las mujeres que no fueran capaces de reducir apropiadamente su nivel de miedo durante este proceso y a casos patológicos en los que cualquier problema de salud impidiera el desarrollo normal del parto. Dick-Read concede una gran importancia a la evitación de sugerencias negativas y perjudiciales durante el parto, exigiendo que el médico, la comadrona y el personal auxiliar, se sometan a un autodomínio estricto, para conseguir el “saneamiento del ambiente”, que permita a la mujer de parto sentirse segura y confiada, libre de miedos.

Este círculo vicioso del síndrome de miedo-tensión-dolor queda claramente ilustrado en la siguiente figura que recoge Rimbach [28] en su libro, Preparación y dirección psicológicas del parto:



El impacto del trabajo de Dick-Read en la comprensión del proceso de dolor durante el parto ha inspirado numerosos trabajos posteriores y ha dado lugar al auge de diferentes técnicas para reducir el miedo al dolor del parto, como las basadas en la autohipnosis y que se fundamentan en este principio de miedo-tensión-dolor. La autohipnosis aplicada al parto, denominada hipno-parto, por ejemplo, lleva a la persona a un estado de relajación profunda, donde pueda transformar el miedo en confianza. La

técnica del hipno-parto utiliza la auto-hipnosis con el fin de borrar los mensajes negativos y las ideas preconcebidas en torno a dar a luz, sustituyéndolas por una visión positiva de dicha experiencia. Estudios recientes demuestran su eficacia durante el trabajo de parto[29].

Aparte de las técnicas autohipnóticas, otros métodos surgieron con gran fuerza para ayudar a conseguir partos no dolorosos por medio de lo que se denominó como *método psicoprofiláctico de preparación al parto* que tenía como fin conseguir la relajación de la embarazada y la anulación de los pensamientos y reflejos sugestivos que toman parte en ese círculo vicioso del miedo-tensión-dolor. Así Paulov, consideraba que la unión útero-dolor era un reflejo condicionado y como tal, el dolor del parto podía ser anulado por otros reflejos condicionados. Para este autor el origen del dolor no sería tanto el miedo y la tensión como la existencia natural de un reflejo condicionado en la mujer heredado de la cultura. Por tanto, sería suficiente que la parturienta aprendiera a respirar, con un ritmo particular, superficial y acelerado para que la contracción uterina perdiera su conexión con el dolor para acoplarse con un nuevo condicionamiento: la respiración. 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.

A pesar de la trascendencia de las teorías de Paulov, el método que quizás se implantó más ampliamente en Europa después de las teorías de Dick-Read es el denominado método Lamaze o “accouchement sans douleur par psychoprophylaxie” (parto sin dolor por medio de psicoprofilaxis). Lamaze adopta la teoría desarrollada por Paulov, y posteriormente por otros como Platanov y Velvoski y la modifica fundamentalmente completándola. Conserva la idea de la comprensión consciente de proceso del parto y de la colaboración activa de las gestantes, a la vez que mantiene también el factor educativo, y adopta de Read, la relajación como componente importante de los ejercicios corporales. También incluye el uso de la llamada, “respiración en rastrillo”, que consiste en una respiración costal, superficial y frecuente, que se emplea en la segunda mitad el periodo de dilatación, utilizando en la primera mitad la respiración abdominal profunda. Para Lamaze, el éxito de la preparación de la mujer forma parte de un trabajo en equipo, de todas las personas que toman contacto con la mujer durante el parto: *Es necesario preparar la Clínica entera para dirigir correctamente a las embarazadas y a las parturientas, desde el portero hasta la última asistente y no veremos el éxito hasta que cada uno de los componentes de la clínica tenga una idea concreta y clara de su cometido y aportación a la meta deseada.* En este contexto la clínica Tubinga se hizo famosa por incorporar durante el parto lo que denominaron “charla en el baño”, según la cual la matrona buscaba ganarse la confianza de la parturienta, intentando que se sintiera “como en su casa” durante un período de charla en el cual la mujer de parto se sumergía en un baño caliente durante la dilatación. Este método demostró tener resultados muy positivos ya que conseguía el objetivo de relajar a la vez que disminuía el miedo y creaba en la mujer una sensación de seguridad y confianza.

Es de esta escuela de Lamaze de donde Consuelo Ruiz aprendió que el parto podía transcurrir sin dolor si la embarazada recibía una información adecuada acerca del proceso de embarazo y parto y si se le dejaba parir en un ambiente carente de miedo y con el menor intervencionismo, como insistentemente transmitía en sus charlas de formación a las embarazadas que atendía. Posiblemente de ahí, también aprendió la

costumbre que ella tenía de hablar continuamente a las embarazadas durante el trabajo de parto con el fin de crear ese ambiente distendido que contribuía a rebajar el miedo y la ansiedad[30].

¿Qué se puede hacer para disminuir el miedo, disminuir el dolor y favorecer el proceso de parto?

Como ya se ha indicado antes, *La información es una de las mejores armas contra el miedo*. Por tanto, tal y como indicaba Consuelo Ruiz, lo primero es brindar a la mujer un conocimiento profundo de los procesos que están detrás del proceso de parto.

Es importante que conozcamos que el buen desencadenamiento del parto será tanto más fácil cuanto más facilitemos todas las condiciones ambientales que requiere el proceso, desde un punto de vista fisiológico del parto en sí. Michel Odent, famoso obstetra francés y amplio conocedor y divulgador de la importancia del respeto a la fisiología natural del parto para el buen desarrollo del mismo, hace un énfasis especial en que la mujer asuma el rol de mamífera que es durante el proceso del parto[31]:

Todos los mamíferos dan a luz gracias a una repentina emisión de hormonas. Una de ellas, concretamente la oxitocina, juega un papel trascendental, ya que es necesaria para la contracción del útero, lo que facilita el nacimiento del bebé y la expulsión de la placenta. También se la conoce por inducir amor maternal (y esta presente durante el amamantamiento y el sexo). Igualmente, todos los mamíferos pueden segregar una hormona de emergencia, la *adrenalina*, cuyo efecto es frenar la oxitocina. *La adrenalina se segrega ante una situación de peligro*. El hecho de que la oxitocina y la adrenalina sean antagonistas explica que la necesidad básica de todos los mamíferos a la hora de parir es sentirse seguros. En la jungla, la hembra no podrá dar a luz mientras exista un peligro, como por ejemplo la presencia de un depredador. En este caso, la segregación de adrenalina es una ventaja, pues los músculos que sostienen el esqueleto recibirán más sangre, y la hembra dispondrá de energía suficiente para luchar o huir; en este caso, es una ventaja poder frenar la producción de oxitocina y posponer el parto. Existen multitud de situaciones asociadas con la producción de adrenalina. Los mamíferos la segregan cuando se sienten observados. Cabe destacar que los mamíferos cuentan con estrategias específicas para no sentirse observados cuando están de parto; la privacidad es, obviamente, otra necesidad básica. La hormona de emergencia está también implicada en la termorregulación. En un entorno frío, observamos otra de las conocidas funciones de la adrenalina: inducir el proceso de vasoconstricción. Así podemos explicar que, cuando una hembra está pariendo, y de acuerdo a la adaptabilidad de las especies, tiene que estar en un entorno lo suficientemente cálido. *Dado que los humanos somos mamíferos*, tales consideraciones fisiológicas vienen a sugerir que, *a la hora de parir, las mujeres deben sentirse seguras, pero sin sentirse observadas y con una temperatura ambiente adecuada*.

Como ya hemos indicado, una de las primeras acciones del miedo es precisamente desatar los mecanismos de “alerta y huida”, es decir, la producción de *adrenalina*, que como indica Odent es *antagonista de la oxitocina y frena su producción*, por lo que una de las primeras acciones del miedo en el parto van a ser dificultar el proceso de parto, hasta el punto incluso, de llegar a pararlo.

Siguiendo con Odent, en este mismo artículo comenta:

Es gracias a nuestro altamente desarrollado neocórtex que podemos hablar, contar y ser lógicos, así como capaces de razonar. En su origen, el neocórtex es una herramienta que sirve a las viejas estructuras del cerebro, ayudando a nuestro instinto de supervivencia. El problema es que su actividad tiende a controlar estructuras primitivas del cerebro y, así inhibir el proceso de nacimiento (y cualquier otro tipo de experiencia

sexual). Al respecto, la naturaleza encontró una solución para superar esta desventaja específicamente humana a la hora de dar a luz. Se entiende que el neocórtex debería de encontrarse en estado de reposo para que las estructuras primitivas del cerebro puedan fácilmente segregarse las hormonas necesarias. Esto explica el hecho de que cuando las mujeres están de parto tienden a aislarse del resto del mundo, a olvidar lo que leyeron o se aventuran a hacer lo que nunca habrían hecho en su vida diaria, como gritar, insultar, adoptar posturas inesperadas, etc. Muchas veces he escuchado a mujeres decir, después de haber parido, “estaba como en otro planeta”. Cuando una mujer de parto “está en otro planeta” significa que la actividad de su neocórtex es reducida. *Esta reducción de la actividad del neocórtex es un aspecto esencial de la fisiología del nacimiento en los humanos, de lo cual se deduce que una de las necesidades básicas de las mujeres durante el parto es la de ser protegidas de cualquier tipo de actividad neocortical.* [...] Esto implica que si hay una comadrona, una de sus principales cualidades debería ser mantenerse al margen, en silencio y, sobre todo, evitar preguntar algo en concreto. Imaginemos a una mujer en pleno parto y “ya en otro mundo”. Una mujer que grita, que se comporta de una manera que nunca se atrevería en su vida cotidiana. Se ha olvidado de todo lo que ha aprendido o leído sobre el nacimiento, ha perdido el sentido del tiempo y de pronto se le obliga a contestar a la pregunta “¿A qué hora hizo pipí por última vez?”. A pesar de que parezca sencillo, pasará mucho tiempo antes de que los que atienden partos comprendan el significado y la importancia de la palabra silencio. [...] La luz es otro factor que estimula el neocórtex de los seres humanos. Está sobradamente comprobado que la estimulación visual influye en el resultado de los encefalogramas. Cuando queremos dormir, apagamos la luz y corremos las cortinas, para así reducir la actividad de nuestro neocórtex, lo que implica que, desde una perspectiva fisiológica, una luz atenuada en general facilita el nacimiento. Llevará tiempo convencer a los profesionales de la salud de la importancia de este asunto [...] Sentirse observada también puede ser otra manera de estimular el neocórtex. Cuando una persona se siente observada, existe una respuesta fisiológica que ha sido científicamente estudiada. Por otro lado, es de sentido común que todos nos sentimos diferentes cuando sabemos que estamos siendo observados. En otras palabras, la intimidad es un factor que facilita la reducción del control ejercido por el neocórtex. Resulta irónico que todos los mamíferos no humanos, que tienen un neocórtex no tan desarrollado como el nuestro, tengan una estrategia para dar a luz en la intimidad: los que están activos durante la noche, como las ratas, tienden a parir de día, y los que están activos durante el día, como los caballos, tienden a dar a luz durante la noche. Las cabras salvajes alumbran en zonas inaccesibles, y las chimpancés se alejan de su grupo, se aíslan. La importancia de la intimidad nos enseña que existe una gran diferencia entre la actitud de una comadrona que se sitúa frente a la mujer de parto y la observa, y la de otra comadrona que se sienta discretamente en un rincón. También nos muestra que deberíamos de evitar introducir cualquier tipo de dispositivo que pueda ser percibido como un agente observador, del tipo de cámara fotográfica, de vídeo o monitor fetal electrónico. De hecho, toda situación que pueda desencadenar una liberación de adrenalina puede ser catalogada como un factor estimulante de la actividad neocortical.

Por tanto, se pueden elucidar qué estrategias son fundamentales para favorecer el parto y disminuir el miedo y la producción de adrenalina. Tal y como señala M. Odent, éstas pueden ser resumidas en una frase:

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. También significa que el neocórtex, esa parte del cerebro tan desarrollada en el ser humano, necesita reducir su actividad, y que el lenguaje, específicamente humano, debería ser utilizado con extrema precaución. Para satisfacer nuestras necesidades de mamíferos humanos necesitamos otorgar gran importancia a la intimidad, ya que todos los mamíferos tienen una estrategia para no sentirse observados cuando paren. También tenemos la necesidad de sentirnos seguros. Es significativo que cuando una mujer disfruta de completa intimidad y se siente segura, a menudo adopta

posturas típicas de los mamíferos, como por ejemplo, a cuatro patas. Es común oír decir que el nacimiento debe “humanizarse”. Pero en realidad la prioridad es “mamiferar” el nacimiento. El nacimiento debe, en cierta manera, deshumanizarse.

Tras esto, resulta obvio que el ambiente y el trato que se ofrece hoy en día en los hospitales, para los casos de parto de bajo riesgo, distan mucho de ofrecer este ambiente necesario para que la mujer se sienta segura y relajada, sin miedo, confiada de su capacidad para dar a luz y pueda llevar a cabo su trabajo de parto sin interferencias. En la mayor parte de los hospitales de España y del mundo, lo normal es la ausencia de privacidad e intimidad, la imposibilidad de elegir la postura del parto, obligando a la mujer a parir en litotomía (acostada sobre su espalda), la monitorización interna continua, la aplicación de oxitocina intravenosa y un largo etc. de intervenciones que afectan directamente a la fisiología natural del parto. No es de extrañar que el dolor sea lo normal y no la excepción y que el aumento de partos instrumentalizados y cesáreas crezca de forma exponencial a medida que aumenta el intervencionismo durante el proceso de parto.

Michel Odent asegura que los ginecólogos no saben lo que es un parto porque sólo han visto partos en los hospitales. Es como si se hubiera construido una disciplina médica sobre una base errónea; en una incomprensión del parto como un fenómeno que entra en la esfera de la sexualidad humana, y por ello, los partos hoy por hoy se presentan a menudo con enormes dificultades. El se pregunta, <<si la oxitocina es el oxitócico que abre el útero y ésta se segrega de forma natural con la excitación sexual, ¿cómo se va a producir oxitocina natural si la mujer está en una situación de estrés? ¿Será, quizá, por eso que los viajeros e historiadores, como Fray Bartolomé de las Casas, que han dado testimonio de pueblos en los que las mujeres parían sin dolor, contaban que las indias se escondían para parir solas?>>[32]

Parece pues, que algo ocurrió en el parto a partir de lo cual se comenzó a intervenir, manipular, etc, y que eso pudo contribuir a que el parto en sí mismo se volviera más complicado y doloroso, lo que a su vez podría contribuir a generar la percepción de miedo de la embarazada y todo el escenario que hoy tenemos y que sabemos a ciencia cierta que es causa directa del mayor dolor del parto y de la peor evolución del mismo. De hecho una vista a un relato de parto de la duquesa Beatriz Sforza en Milán 1497 narrado por J. Beruti en el libro Historia de la obstetricia de 1931, refleja el afán intervencionista del parto desde tiempos muy anteriores al parto medicalizado de hoy. Este relato evidencia la acumulación de prácticas basadas en la superstición, que muchas provendrían desde muy antaño; prácticas de superchería sin ningún tipo de beneficio o mejora clara para el mismo y que, como no podía ser de otra forma, sólo conseguía generar mayor dolor en la parturienta y un claro perjuicio en la evolución del parto. A esto se unía, obviamente, la falta de privacidad e intimidad y la incapacidad de la parturienta para poder decidir y actuar libremente en su propio parto:

“La Duquesa está de parto. Unos criados llevan un lecho largo y angosto provisto de un colchón duro conservado desde tiempos inmemoriales en el guardarropa del palacio y en el que han tenido sus partos todas las duquesas de la casa Sforza. La parturienta tiene el rostro enrojecido y sudoroso, con mechones de su cabello pegados a la frente y de su boca abierta se escapa un continuo lamento.

A su lado cuchichean las comadres, las criadas, las curanderas y las comadronas. Una vieja dama dice: sería necesario hacerle tragar clara de huevo cruda mezclada con seda purpúrea desflecada. Otra asegura que lo que debía hacerse era: que tome siete gérmenes de huevo de gallina disuelto en una yema. Otra propone, envolver la pierna derecha con piel de serpiente y atarle sobre el vientre la caperuza del marido. Una propone hacerle beber alcohol filtrado por polvo de cuerno de ciervo y grana de cochinilla. Una vieja murmura: la piedra de águila en la axila derecha y la piedra de

amante bajo la axila izquierda y acercándose al Duque con un gran plato de estaño le dice: Alteza dignaos comer carne de lobo para que la parturienta se sienta mejor. El médico principal y dos asistentes más, indican en latín a un médico joven: tres onzas de limo de río mezclado con nuez moscada y coral rojo machacado, otro dice que sería mejor una sangría y el viejo doctor contesta: ya lo había pensado pero Marte está en el signo de Cáncer en la cuarta esfera solar y además está la influencia de una fecha impar. El médico joven pregunta: ¿No creéis Maestro que haría falta añadir limazas de río, estiércol de marzo y bosta de vaca? El Duque desesperado va al encuentro de unos canónigos y de unos frailes que traen una parte de las reliquias de San Ambrosio, el cinturón de Santa Margarita el diente de San Cristóbal, un cabello de la Virgen, etc”. J.A. Beruti termina el relato de la siguiente manera Su alteza dio a luz un niño muerto y ella también murió el martes 2 de enero de 1497 a las 6 de la mañana.

Este texto demuestra, por otra parte, que el intervencionismo no conseguía mejores resultados en el parto pero a pesar de ello, es una práctica que se ha perpetuado en el tiempo. Existen evidencias también de que el traslado del parto desde el entorno del hogar al entorno hospitalario respondía inicialmente más bien a la posibilidad de poder acceder a anestésicos que sólo podían obtenerse allí, más que a una mejora real de la tasa de mortalidad[33]. Es más en la tesis de Maribel Blazquez [34] cita lo siguiente:

Hubo un momento de máxima medicalización del parto en España en los años 50, 60, 70. Las mujeres consideraban «muy moderno» parir con anestesia, sin dolor, y se pasa del pentotal a la epidural. La lactancia materna alcanza las cotas más bajas a favor del biberón de leche artificial [...] Las razones para estas transformaciones es preciso vincularlas a una larga serie de representaciones que se fueron construyendo, y cuya conclusión fue entender al parto como un proceso de riesgo, donde se podría producir la muerte de la mujer o de la criatura. El hospital era, por tanto, el garante de la seguridad de ambos.

En este sentido, relacionar el tipo de parto hospitalario con la efectiva disminución de la mortalidad ha sido un “eficaz” argumento utilizado por sus defensores, en muchos lugares del mundo y a lo largo de la historia de la atención obstétrica. Sin embargo, algunos estudios muestran que en las épocas en que las mujeres acudieron en mayor medida al hospital para dar a luz, las tasas de mortalidad aumentaron; y cuando no aumentó la hospitalización del parto, disminuyeron las tasas de mortalidad materna y perinatal Así, en 1965 la mortalidad perinatal en hospital se situaba en el 32,1 por 1000 nacimientos, y en el 1972 ascendió a 63,3.

El posterior descenso de la mortalidad perinatal pudo deberse a una conjunción de factores como la menor tasa de pobreza, mayor higiene y control del embarazo, entre otros y a la mayor pericia para resolver partos problemáticos mediante fórceps y cesárea, pero el elevado intervencionismo empieza a pasar factura en nuestros días y se empieza a reflejar en las tasas de mortalidad materno-fetal que pueden empezar y de hecho están empezando a aumentar nuevamente. Esto puede observarse a partir del siguiente gráfico (Figura 1) que he realizado a partir de las estadísticas generadas por la OMS y la OECD del 2008. Se puede ver como varían las tasas de mortalidad materna e infantil para tres modelos de atención obstétrica muy diferentes, desde el más intervencionista que estaría representado por EEUU, hasta el de Holanda con una tradición generalizada de atención del parto en casa y baja tasa de medicalización, pasando por un modelo intermedio, como es el de Inglaterra con mayor medicalización y atención principalmente hospitalaria, pero muy basada en la evidencia científica. Puede observarse en el gráfico como cuanto mayor es el intervencionismo mayor es la tasa de mortalidad materna y que la infantil está en deceleración especialmente en el caso de EEUU (y aunque aquí no se refleje, empieza a resultar alarmante la tasa de

prematuridad, que entre otros orígenes es consecuencia también de la elevada tasa de cesáreas). Puede verse también como en EEUU desde que aumentaron drásticamente las tasas de cesáreas al promover políticas como la de impedir el parto vaginal después de cesárea o realizar cesáreas en partos de nalgas, ha aumentado con diferencia la tasa de mortalidad materna.

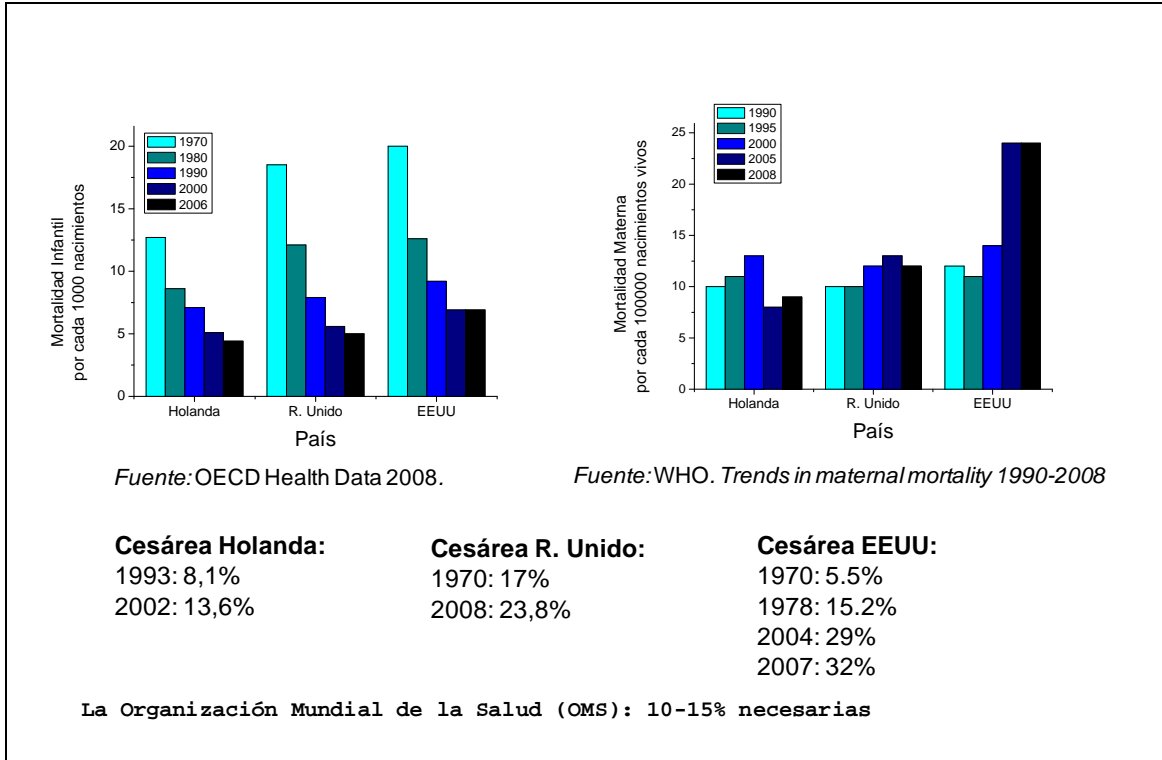


Figura 1. Tasa mortalidad materna e infantil en EEUU, Inglaterra y Holanda.

Como muy bien expresa Casilda Rodríguez [35], las intervenciones del parto no siempre reflejan un buen conocimiento de la fisiología del parto e incluso pueden ir en su contra y esto debería bastarnos para reflexionar sobre por qué seguimos permitiendo que se perpetúen.

¿Cómo va el cuerpo a moverse a favor del parto si no se deja a la mujer adoptar la postura que le vaya pidiendo la evolución del proceso? ¿si se la mantiene de forma obligatoria tumbada? ¿Cómo no va a haber atascos con el cuerpo en horizontal? ¿Cómo se va a empujar si no tenemos los pies en el suelo? La medicina no hubiera nunca intentado forzar la fisiología del parto como viene haciendo, si hubiera tenido en cuenta que esa fisiología sólo la puede guiar las propias pulsiones sentidas por la mujer.

Enrique Lebrero, ginecólogo de la clínica Acuario en Alicante y pionero en la instauración de un protocolo de atención al parto natural en la misma, describe por el contrario, como debería ser la forma de actuar del personal sanitario que atiende a la mujer de parto[36]:

Ante un parto fisiológico, de una mujer sana, los profesionales debemos recordar – y creerlo – que el parto no es una enfermedad, ni un acto médico-quirúrgico. Y lo mejor que podemos hacer es respetar y potenciar esa fisiología, esa experiencia vital. En todo momento nuestra posición debe ser de un discreto segundo plano, fundamentalmente transmitiendo seguridad y confianza y potenciando su autonomía. Recordar que en un parto nunca debe haber prisa, cada mujer tiene su ritmo en el parto. Los profesionales del nacimiento debemos saber manejar situaciones y elementos para potenciar la

fisiología del parto. Los futuros profesionales deberán saber usar el baño caliente en el momento terapéutico adecuado, sugerir un cambio de postura a la mujer que le favorezca, ayudar a afrontar a la madre la sensación de soledad y de miedo a la muerte. El masaje adecuado, la palabra precisa, acompañar en la respiración relajante. Estos y muchos otros son los actos terapéuticos imprescindibles para volver a recuperar el sentido del acto de parir y de nacer.

En un clima de este tipo, la experiencia del parto, así como la percepción del dolor, cambian notablemente para la mujer. Este tema está ampliamente tratado por Laurie Annis Morgan en su libro “El poder de un parto placentero”[37]. De sus artículos donde comenta el contenido de su libro, se puede extraer[38]:

He tenido dos partos sin apenas sufrir dolor, pero el primero requirió un esfuerzo enorme de preparación mental, espiritual y emocional porque tenía muchos bloqueos personales en esas áreas en ese momento. Las pocas contracciones que sentí como dolorosas en esos momentos se podían atribuir por completo al miedo, pero el miedo no es la única razón por la que las mujeres experimentan dolor en sus partos. Es importante reconocer que existen numerosas fuentes de dolor que surgen durante el parto, especialmente, cuando éste es medicalizado, ya que intervienen diferentes factores y formas de llevarlo a cabo según el grado de intervencionismo. Es poco aconsejable focalizarse en eliminar el dolor durante el parto, ya sea mediante el uso de fármacos o mediante el control del miedo, si se ignora el resto de factores que actúan en el parto.

He visto muchas mujeres que se quedan con la idea de que lo único que necesitan para no sentir dolor es eliminar el miedo y sin embargo acceden a un tipo de parto en el que aceptan todas las intervenciones inimaginables y después culpan a la teoría del síndrome miedo-tensión-dolor por el dolor que experimentaron en sus partos. Es cierto, que tal y como indicaron autores como Laura Shanley y Grantly Dick-Read, el miedo es un componente clave en el dolor del parto, pero quedarse solo en el miedo como único factor causante del dolor en el parto es perderse muchos de los puntos clave de estos mismos autores. Incluso si tú eres una persona muy poco o nada miedosa en lo concerniente al parto, puedes experimentar dolor si no se respetan aspectos tan fundamentales de la fisiología del parto, tales como la libertad de movimientos durante la dilatación o expulsivo, si te realizan una inducción artificial de las contracciones, si existe falta de privacidad e intimidad, maltrato psicológico por parte del personal que atiende el parto, o si has sufrido experiencias sexuales traumáticas sin tratar, tensión, agresividad, sed, tener la vejiga llena, sensación de vacío intestinal, sentimientos de soledad, agotamiento, problemas para relacionarse, complicaciones, distracciones, o si se pone una excesiva atención a las contracciones o se cree que el parto siempre es doloroso, etc.

Es imprescindible en cualquier discusión sobre parto sin dolor tenga siempre presente que para no sentir dolor, el parto no tiene por qué carecer de sensaciones y puede ser incluso placentero. En mi experiencia personal muchas de las experiencias más valiosas no son ni sencillas, ni carecen de sensaciones, como por ejemplo las relaciones de pareja, donde se da una mezcla de placer, trabajo duro y en ocasiones auténtico dolor, pero es fundamental para mí y parte integral de la experiencia. Yo no querría para ninguno de mis partos que se anulase ninguna de las sensaciones, del mismo modo que no quiero que se anulen las sensaciones que acompañan a la relación sexual. La apertura del cervix, las contracciones rítmicas y poderosas del músculo uterino, el ensanchamiento de las paredes vaginales y los tejidos pélvicos, la tensión de perineo, y el clímax final de una preciosa, húmeda, nueva vida emergiendo en tus manos: ¡estas sensaciones son increíbles y no deberían eliminarse! La clave de no sentir dolor no es tampoco ser la mujer afortunada que tiene un alto umbral de dolor. Yo personalmente tengo un muy, muy bajo umbral de dolor, por ejemplo. Simplemente los gases en el estómago pueden hacerme doblar hasta las rodillas; una simple náusea me provoca desear morirme. Lo que constituía en mí un auténtico pánico al trabajo de parto y al momento del parto en sí, al principio. Pensaba, “Si no soy capaz de manejar unos meros gases, ¿cómo voy a ser capaz de aguantar un bebé pasando a través de mi cuerpo?” pero como comento en mi libro, eso ocurría cuando yo tenía un concepto equivocado del parto y las fuentes del dolor.

En un artículo del 2001, Wendy Budin, profesora de la escuela de enfermeras de la Universidad de Seton Hall, en New Jersey, se pregunta acerca de la relación entre el miedo y la manera de afrontar el parto, de acuerdo con la espiritualidad de cada uno y

de su forma particular de encarar otras facetas de la vida, al tiempo que alerta que el parto es una vivencia profunda para la mujer, de la cual no debería ser privada[39]:

Me pregunto, por qué algunas mujeres sienten el proceso de dar a luz desde una dimensión espiritual, mientras que otras se acercan a esta experiencia desde el miedo y tienen pavor y la quieren evitar a toda costa. En el libro de Peterson “Dar a luz normalmente: Una aproximación personal al nacimiento” se sugiere que las mujeres experimentan el parto de la misma manera en la que viven el resto de experiencias de su vida.

El momento del parto es una situación de crisis en la mujer, de modo que la mujer lo afronta de la misma manera que otras facetas. Unas se crecen y se sienten poderosas y otras tratan de asumir el control o prefieren huir y no sentir nada. Muchas mujeres eligen no sentir nada de su experiencia de parto y prefieren que todo este minuciosamente controlado usando la tecnología y la anestesia disponible para no experimentar dolor. Hoy en día, demasiadas mujeres se acercan al trabajo de parto con la idea: “Por favor, hágase cargo de esto, no quiero sentir nada, sólo haga que mi niño nazca y que esto se acabe cuanto antes”. En lugar de esto, lo que las mujeres necesitan es que se les anime y se les brinde un apoyo desde el cariño y el respeto, haciéndoles confiar en la capacidad de su cuerpo para dar a luz sin problemas.

La confianza de una mujer en sus capacidades están terriblemente influenciadas por el equipo sanitario, el entorno donde el parto tiene lugar y en el grado de iniciativa y decisión que tenga la madre acerca de lo que quiere para su parto. Por desgracia, demasiado a menudo las mujeres no reciben el apoyo necesario debido a que muchos de los médicos y enfermeras toman la misma actitud hacia el parto que hacia cualquier otra crisis o situación médica: en su papel de expertos, ellos sienten que tiene que resolverlo, “curarlo” lo antes posible. Por ello, muchas mujeres se someten por rutina a estos protocolos médicos y hacen uso de la anestesia epidural. Con ello, renuncian a la verdadera experiencia del parto, al momento que tiene el potencial de ayudarles a crecer y alcanzar una mayor plenitud espiritual y psicológica.

[...] Cuando yo les comento a mis estudiantes de enfermería que dar a luz de forma natural puede ser una experiencia espiritual, ellos con frecuencia me miran como si estuviese loca. ¿Por qué, me preguntan, debería alguien sufrir cuando las técnicas de la medicina actual nos permiten tener acceso a la anestesia para aliviar el dolor? ¿Por qué molestarse en tener un parto natural? ¿Por qué no intentar sentir lo menos posible? Esto termina siempre en una discusión filosófica acerca del parto. Intento que ellos aprecien el parto como algo normal, natural y saludable. Escuchamos demasiado acerca del dolor del parto y muy poco acerca de lo agradable y placentero que pueden llegar a ser las sensaciones de las contracciones, sentir el empuje cuando el bebé intenta venir al mundo y la experiencia de armonía con los ritmos del cuerpo, al tiempo que realiza el increíble trabajo de parto. Intento ayudar a los estudiantes a reconocer que la experiencia de parto afecta de forma profunda a la mujer y a su familia, que la mujer posee una sabiduría innata para guiar el proceso. Mi controversia es esta, para ser transformados por el nacimiento, uno debe experimentarlo realmente. Algunos estudiantes aceptan esta filosofía, pero por desgracia, otros continúan cuestionándose por qué alguien debe necesariamente pasar o querer pasar por el dolor en el parto.

¿Es realmente posible un parto sin dolor?

La respuesta es sí, y también es no. El parto sin dolor es posible, pero muy difícilmente con el modelo obstétrico actual que tenemos en España. Como se expuso en el apartado anterior, 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. Se requiere de ambas cosas y es tan fácil que algo enturbie la labor de la mujer durante el parto, que es realmente difícil lograrlo. Por un lado, la madre debe desprenderse de sus miedos más profundos y confiar en su naturaleza de mujer, dadora de vida. Pero no como una forma de auto-justificación subjetiva sin base alguna, sino porque la mujer es una mamífera con toda la capacidad que la naturaleza le ha dado tras una evolución de millones de años para hacerlo de forma segura, y con toda una evidencia científica que lo respalda. Debe abstraerse de todos esos riesgos, esos miedos a si saldrá bien, seré capaz, olvidarse de las historias que le han contado, de todo, confiar, confiar y confiar... Debe ir al parto tan tranquila y tan feliz como cuando va a hacer el amor, tan concienciada de que el parto es una prolongación de esa experiencia sexual, que nada externo pueda enturbiar ese momento. Tan tranquila como cuando va a comer (que no piensa en las probabilidades que tiene de atragantarse y morir). Sintiendo que esa experiencia es algo tan natural como cualquier otra función fisiológica de su organismo, que no requiere ser supervisada constantemente por un equipo médico para hacerla de forma segura. Tranquila, porque parir de forma natural y sin intervencionismo médico, es seguro*.

Pero por desgracia, este concepto del parto es difícil de arraigarlo en nuestra sociedad, así que, si quieres un parto sin dolor, antes debes trabajar estos aspectos y estar totalmente convencida, y por ello, buscar unas condiciones para dar a luz lo menos intervencionistas posible, lo más natural posible, lo más íntimo posible. Como decía Odent, hay que parir en condiciones de seguridad e intimidad que permitan que nuestro neocórtex, el que nos hace humanos y nos mantiene en estado de alerta segregando adrenalina (bloqueando el parto y la producción natural de oxitocina) esté lo más relajado posible, para que nuestro cerebro primitivo y mamífero, pueda trabajar sin interferencias y orquestando el parto.

Laurie Morgan, una vez más, expone al respecto[40]:

No les resulta irónico y triste que muchas mujeres embarazadas se pasen durante todo el embarazo cuidándose de tomar muchas de las sustancias de uso común, tales como el café, la sal, el alcohol, la nicotina... y sin embargo, el día de su parto, el momento culminante de todo ese trabajo de cuidados, sean capaces, la mayoría de ellas, a dejarse sin más (y sin cuestionarse) aplicar fármacos para anular el dolor y someterse a un riesgo notable?† [...] Aunque es cierto que las mujeres no deben sufrir un parto doloroso como si fuesen mártires, por suerte, este asunto no es tan blanco o negro como “ponte la epidural o sufre”. [...] Yo personalmente, jamás le diría a una mujer que aguantase una dolorosa tortura sólo para evitar el uso de fármacos como la epidural. Es precisamente lo opuesto, creo que todas las mujeres se merecen experimentar un parto gozoso y placentero que no requiere del uso de fármacos. [...] y que sólo requiere conocer información precisa. 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 lo 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

* Hablamos siempre de partos de bajo riesgo, sin riesgos extra que lo afecten. Sólo en esos casos se puede llevar a cabo un parto de forma natural. Y desde mi opinión particular, aunque hay voces que claman por el parto sin asistencia, como es el caso de la escritora Laurie Morgan o Laura Shanley, creo que el parto debe transcurrir siempre en presencia de una matrona, lo que, por otra parte, no justifica el intervencionismo médico actual, ni la falta de respeto por la fisiología natural del parto.

† Algunos estudios científicos alertan sobre los riesgos de la anestesia epidural, que podría estar relacionada con un mayor riesgo de que el parto termine en cesárea o parto instrumentalizado[22].

en la que desde la televisión al cine, se nos bombardea constantemente con esta idea y se nos ofrece como norma un parto medicalizado.

[...] Algo que la ministra Joyce Meyer me enseñó al respecto de las creencias y del tiempo que lleva cambiarlas es que muchas de nuestras creencias negativas no son más que malos hábitos. Hay buenos y malos hábitos, por supuesto, y del mismo modo que lleva tiempo, repetición, práctica y duro trabajo entrar en la rutina de un determinado pensamiento negativo, generalmente también se requiere el mismo esfuerzo para salir de ello. Ella lo exponía con el siguiente ejemplo, el hábito de fumar: ¿No es cierto que cuando se empieza a fumar, con frecuencia te ahogas, toses, te dan náuseas y a menudo se requiere un tiempo para adquirir el hábito? Bien, pues del mismo modo que requiere un tiempo hacerse fumador, requiere un esfuerzo notable dejar serlo. Del mismo modo, deshacerse de ciertas creencias, como la del dolor en el parto, requiere un esfuerzo.

[...] El dolor es un síntoma de que algo no va bien, así que hay que buscar para cada caso, qué es lo que no está funcionando. [...] El parto es una extensión de nuestra sexualidad y, por naturaleza, debe ser placentero. Y sin dolor, no quiere decir exento de sensaciones, que es lo que conlleva el uso de anestésicos. El parto se puede experimentar sin dolor pero repleto de sensaciones. Puedes experimentar a tu útero contrayéndose o a tu pelvis abriéndose como sensaciones fuertes y placenteras, pero nunca dolorosas. Es como cuando haces ejercicio y sientes a tus músculos trabajar, pero eso no implica sentir dolor. [...] El útero fue creado para la misión que realiza y la pelvis para abrirse con el paso del bebé.

[...] Sólo el hecho de estar en un hospital en el que estás rodeado de personas que te miran, te tocan en tus partes más íntimas, te introducen tubos, cables y agujas, te dicen lo que debes hacer... Si ya resulta difícil imaginarse si uno sería capaz de comer bajo esas circunstancias, sin que se le revolviere el estómago, cómo pensar que es posible dar a luz sin experimentar dolor!

Cuando comienza un parto, las primeras ‘contracciones’ se sienten como pequeños pellizcos indoloros, podríamos decir que casi no duelen; en este momento es cuando la mujer debe de iniciar el viaje interior al <<planeta parto>>, desconectarse del mundo y conectarse con sus pulsiones y su deseo; y en lugar de retraerse por miedo al dolor –que todavía no ha llegado- hacer un acto corporal de entrega y de abandono: relajarse, abrirse y empujar. Creo que de este modo, las siguientes ‘contracciones’ ya no se percibirán ni siquiera como pellizcos, sino que sólo llegará la agradable sensación difusa de placer producida por el temblor del cervix.

Si por el contrario, como solemos hacer, nos dejamos llevar por el miedo y nos contraemos y nos encogemos, a la siguiente contracción los pellizcos se irán notando más y comenzarán a ser dolorosos, y empezaremos a recorrer la espiral del dolor: cuanto más dolor más retraimiento y encogimiento, y cuanto más encogimiento, más dolor... y así nos iremos moviendo en contra del parto; en lugar de coger el ritmo de los latidos, entrar en la espiral del placer y movernos a favor del parto.

Laurie Morgan, sugiere que, en general, cualquier técnica que ayude a relajarse y desconectar, tales como bailar suavemente, masajes, escuchar música relajante, ponerse calor, realizar sexo o masturbarse[‡], llenarse de pensamientos positivos (me quiero, soy capaz, me merezco un parto gozoso, puedo tener un parto gozoso, voy a tener un parto fácil y placentero, etc.), practicar ejercicios y posturas relajantes, cambiar de posición y moverse libremente, seguir el instinto... Todo ello puede ayudar mucho a no focalizarnos en el pensamiento de dolor y a alejarlo de nuestras mentes.

[‡] En su libro “La guía no oficial para tener un bebé”, de Ann Douglas and John R. Sussman, M.D., comentan que la estimulación sexual que resulta en un orgasmo es hasta veintidós veces más relajante que cualquier tranquilizante.

Consuelo Ruiz narraba en sus escritos como solía utilizar la técnica de hablar con las gestantes y hacerlas pensar en otra cosa que no tuviera relación con el parto para ayudarles a des-focalizarse de las contracciones[41] e Ina-May relata en su libros que esto junto con una dosis de humor le ayudó mucho a que sus parturientas se desbloquearan, relajaran y tuvieran partos más placenteros[14].

Una opción altamente relajante y que beneficia muchísimo el parto, precisamente por esto es la de hacer uso del agua en el parto. El papel principal del agua es ayudar a la madre durante el periodo de dilatación y facilitar que adopte posturas instintivas y naturales, lo que le permite alcanzar un nivel óptimo de relajación. El agua en el parto es un método sencillo y eficaz que favorece que la mujer recupere su instinto biológico y que su sistema neuro-hormonal facilite el parto, con menos dolor, menos analgésicos y menos intervenciones médicas, al tiempo que permite que la mujer se aisle, se sienta en un clima más íntimo y seguro y reduzca su nivel de miedo y ansiedad. Cuando una parturienta se introduce en una bañera con agua caliente (con una temperatura de 37°C), se reduce la producción de adrenalina. Además, el ambiente acuático reduce la fuerza de la gravedad y la estimulación sensorial y aumenta la producción de endorfinas (neurotransmisores producidos por la glándula pituitaria responsables de disminuir las sensaciones dolorosas). El agua caliente, igualmente, relaja la musculatura de la madre y repercute en una respiración más tranquila. El ritmo y la intensidad de las contracciones disminuye, pero la dilatación es más rápida. La mujer consigue intimidad con el aislamiento sensorial que produce el baño de agua caliente, estando a oscuras y en silencio[42].

El primer parto dentro del agua del que se tiene noticia está registrado en 1803, en Francia, aunque existen pruebas concretas de que algunas culturas antiguas practicaban el parto en el agua: las egipcias daban a luz de esta forma a los bebés destinados a ser sacerdotes y sacerdotisas; y los indios Chumash de la costa de California pasaban el trabajo de parto en los remansos de las mareas y bahías poco profundas a lo largo de la playa[43]. No obstante, no es hasta 1970 que el médico francés Michel Odent empezó a introducir a las parturientas en una bañera de forma sistemática. Descubrió que el uso de agua caliente en el parto era beneficioso puesto que disminuía el dolor y favorecía la dilatación cervical, sobre todo en aquellas mujeres con contracciones ineficaces[44]. Fue a partir de 1981, en Estados Unidos, cuando esta práctica empezó a popularizarse como opción alternativa para dar a luz. Casi 30 años después de los hallazgos de Odent, la práctica del parto acuático se ha extendido notablemente. Esta opción se sigue en el Reino Unido, Francia, Bélgica, Japón, EEUU, Australia y España, donde, cada vez más, se crean centros en donde tienen lugar este tipo de nacimientos. Según sus partidarios, es una iniciativa más humanizada y natural, ya que cada mujer da a luz a su propio modo y bajo sus instintos[43]. *Existe evidencia científica de que la inmersión en agua durante la dilatación reduce la percepción del dolor en las parturientas, así como el miedo durante el parto*[44-47].

Laurie Morgan apunta finalmente, que prepararse psicológicamente para no tener dolor antes del parto es como hacerse un seguro para el hogar: *<<en realidad no protege la casa de un desperfecto, pero te genera tranquilidad>>*. La preparación te va a ayudar a estar tranquila y no preocuparte por ese tema, a tener fe en el parto y en la sabiduría de tu cuerpo: “Nuestros cuerpos fueron diseñados para dar a luz con normalidad y contienen todo lo necesario para ello. No necesitamos nada más, ni medicalización ni instrumentalización de ningún tipo, ni ninguna otra actividad para dar a luz de forma placentera y gloriosa.”

Este enfoque era el que predicaba también Consuelo Ruiz y otros tantos métodos que surgieron por la época. Trataban de contribuir a rebajar el miedo al parto por medio de lo que se denominaba “la psicoprofilaxis”, es decir, charlas que se dan a la embarazada cuya misión es informar sobre el proceso del embarazo y parto, ayudando a desterrar mitos y contribuyendo a conseguir en la embarazada una mayor confianza en su capacidad para parir a su bebé. Consuelo Ruiz utilizaba este método como la base principal para quitar el miedo a las embarazadas y que tuvieran partos con poco o nulo dolor. De hecho su principal enfoque era el de convencer a las embarazadas de que si confiaban en su cuerpo y estaban tranquilas apenas sentirían dolor. Esta afirmación ayudaba de forma categórica a reducir el miedo al dolor y el miedo al parto. Sus excelentes resultados obstétricos, con partos fáciles y poco dolorosos hacían el resto, para que la mujer confiara definitivamente en ella, corriéndose de boca en boca la idea de su excelente pericia en materia “partos fáciles y sin dolor” [30].

Esto mismo queda demostrado en la Tesis “Educación maternal y beta-endorfinas en el plasma materno durante el parto” de Claudio Becerro de Bengoa [48]. Se demuestra como la producción de endorfinas hallada en las mujeres de parto y que se asocia con la entrada al estado que muchas denominan “el planeta parto” está directamente relacionada con la aparición de dolor en el parto. A más dolor, más endorfinas, por lo que estas endorfinas parecerían ser una consecuencia del dolor, una especie de plan B del cuerpo, para ayudar a reducir el miedo y devolver a la madre a un estado de calma que le permita afrontar la situación sin perjudicar la evolución del parto, por ejemplo por la excesiva segregación de adrenalina. Este trabajo demuestra como la preparación maternal y la reducción del miedo en la embarazada se refleja en partos más cortos y menos dolorosos y de hecho con una menor tasa de endorfinas en plasma. Esta tesis deja también una puerta abierta a otra pregunta, ¿es necesario un estado de relajación, de semi-extasis como el que se da en el <<planeta parto>> para tener una experiencia positiva, y una mejor evolución del parto? Los resultados de esta tesis parecen negarla, ya que la ausencia de miedo y una actitud, más <<terrenal>>, por denominarla de alguna forma, en la que la mujer no se deja llevar por el miedo, ni siente la necesidad de hacer nada e incluso puede enfrascarse en su rutina habitual o entretenerse charlando en un ambiente distendido como reflejan las experiencias de Consuelo y las “charlas en la bañera” de la clínica Tubinga que hemos mencionado anteriormente, parecen contribuir a partos más fáciles y menos dolorosos, con un nivel también menor de endorfinas. Esta visión reforzaría la idea de que el parto podía haber sido una experiencia que podía suceder en medio de la cotidianeidad de la vida de la mujer y aceptada por ésta con la misma naturalidad que cualquier otra función biológica de su cuerpo. Resulta en este sentido revelador el relato que encontramos en el libro de HARLEY J. M. G. Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. Ed. Interamericana. Vol. 3: (5): 525-554, 1980. Allí cita lo siguiente:

“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 echándoselo a la espalda envuelto en cualquier trapo, siguen su camino como si nada hubiera pasado.”

La pregunta de fondo que surge entonces a raíz de esto es: ¿Es el parto en sí mismo doloroso porque nuestra biología así lo refleja o es la cultura y el entorno en que se realiza el parto el que condiciona la aparición del dolor como parece reflejar toda esta evidencia? ¿Qué dice la ciencia sobre el proceso de parto?

Una de las justificaciones científicas a las que se ha recurrido para explicar el dolor del parto es que éste es debido a nuestro propio proceso evolutivo. Así, el dolor sería una consecuencia inevitable de los procesos de encefalización (mayor tamaño del cráneo fetal) y bipedismo (caminar sobre dos extremidades), que habrían podido causar cambios anatómicos estructurales que dificulten el parto y sean la causa del dolor asociado a éste. La antropóloga Karen Rosenberg indica que, en efecto, existe un factor evolutivo en el ser humano que lo diferencia del resto de mamíferos en el desarrollo del proceso del parto, a causa de su bipedismo y mayor grado de encefalización y que puede ser este hecho el que esté detrás de la aparición del miedo y la angustia tan comúnmente asociados a los procesos de embarazo y parto en la mujer[49].

Según Rosenberg, el nacimiento en los humanos ha evolucionado gracias a un mosaico de cambios biológicos que ocurrieron en diferentes momentos y por diferentes motivos. Cuando los humanos se hicieron bípedos y caminaban sólo sobre dos extremidades, la selección natural favoreció a los individuos con caderas más estrechas, ya que eran más eficientes para caminar erguidos. Como resultado, el nacimiento en el hombre actual es diferente del resto de los animales. El bebé tiene que ajustar el diámetro de su cráneo a las dimensiones pélvicas de su madre y rotar durante su pasaje por el canal –mientras la pelvis de la mujer se abre a su paso– naciendo con la cara hacia abajo (Figura 2), cosa que no ocurre en el resto de animales. El animal que tiene las condiciones fisiológicas más próximas al hombre es el mono en cuanto a estatura y tamaño del canal del parto en relación al tamaño craneal del feto. Sin embargo, a pesar de estas similitudes, la ausencia de bipedismo hace que el nacimiento en los monos no requiera de este paso extra de rotación de la cabeza fetal al atravesar el canal de parto[§].

El canal de parto de los monos tiene el mismo diámetro transversal en todas partes (Figura 3), por lo que su cría no debe realizar los complicados giros de los neonatos humanos para cruzarlo y la cría nace con la cara hacia arriba, mirando hacia la madre. Esta orientación beneficia el nacimiento ya que la madre puede tirar del bebé para atravesar el canal, e incluso, las propias crías tomarían parte de este proceso, siendo ellas mismas las que una vez sacados los brazos se agarran al cuerpo de su madre y tiran de su cuerpo para salir.

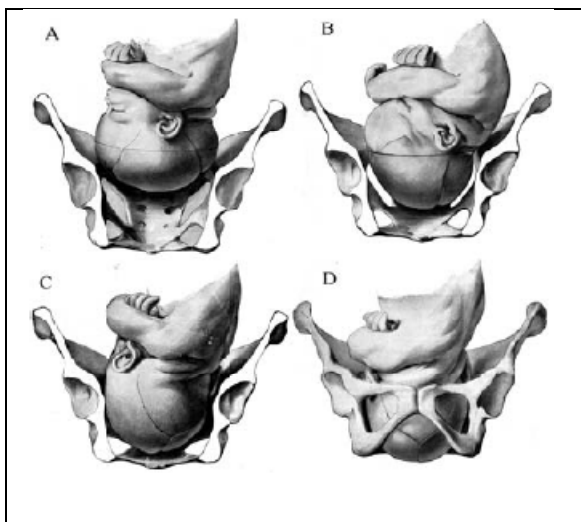


Figura 2.- Mecanismo del parto en humanos:
A. Orientación de la cabeza en el estrecho superior al comienzo del parto.
B. Cabeza flexionada y encajada.
C. Rotación interna, primera posición de occipucio. Sutura sagital en el primer diámetro oblicuo.
D. Cabeza en occípito-anterior al comienzo del expulsivo
 (se puede ver un video del proceso completo en [este sitio web](#) [42]).

[§] Aunque se han documentado algunos casos de nacimientos de monos en los que, si bien esta rotación no es condición necesaria para el nacimiento de la cría, se da de forma espontánea en algunos nacimientos, demostrando que esta rotación podría no ser algo exclusivo de los humanos [45]33. Walrath, D., *Rethinking Pelvic Typologies and the Human Birth Mechanism*. Current Anthropology 2003. **44**(1): p. 5-31.

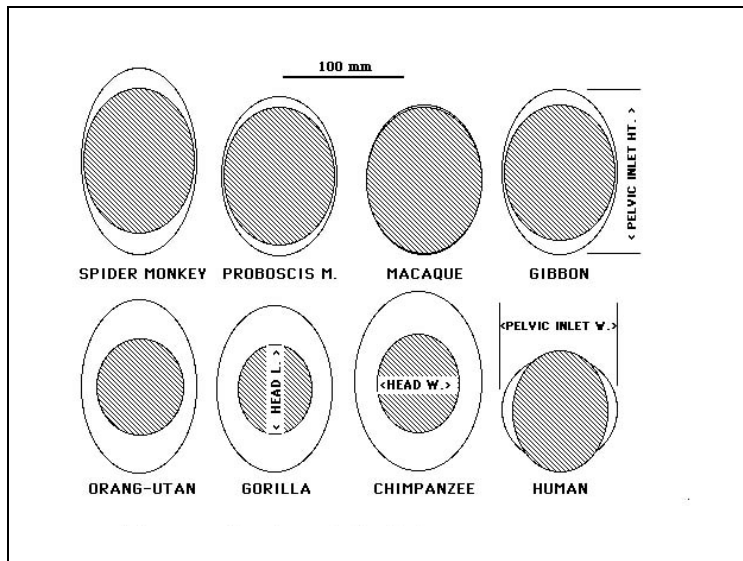


Figura 3. Muestra comparativa de los diferentes diámetros pélvicos maternos en diferentes especies de simios y el hombre. El tamaño craneal fetal para cada especie se muestra en oscuro.

Debido a estas diferencias muchos autores han concluido que el precio evolutivo que los humanos hemos tenido que pagar por el bipedismo y la encefalización es tener un parto más dificultoso y doloroso. La opinión de Karen Rosenberg es que la aparición del papel de una asistente en el parto entre los humanos habría sido clave en la evolución humana al reducir la mortalidad entre éstos, dado que las dificultades asociadas al parto, en beneficio de la encefalización y el bipedismo, podrían comprometer la perpetuación de la especie. Por ello, sería desde un punto evolutivo, necesaria la presencia de madres que asistieran a otras madres durante el parto, que se vería favorecido por la selección natural al reducir la mortalidad. El comportamiento de búsqueda de asistencia en el parto sería vinculado al miedo, la ansiedad y el estrés experimentado por las madres gestantes, por lo que ciertos psiquiatras creen que estas emociones irían siempre ligadas al embarazo y el parto, siendo así favorecidas por la evolución, ya que daría lugar a individuos que sienten la necesidad de buscar apoyo y asistencia para garantizar su propia supervivencia. Así, la asistencia durante el parto de una matrona ayudaría a aliviar el estrés físico-emocional y el miedo asociado con el nacimiento, garantizando, al mismo tiempo, la seguridad del parto y aliviando con ello, el dolor asociado al mismo.

Otros antropólogos como Dana Walrath, se muestran contrarios a esta idea y consideran que la evolución del proceso de parto y nacimiento del bebé se ha llevado a cabo dotando tanto a madre como a bebé de las estructuras necesarias que permiten que ello suponga una mejora en la capacidad del individuo para sobrevivir y que en ningún caso esto puede llevarse a cabo a costa de poner en riesgo la supervivencia de la especie y que, de hecho, el mecanismo por el que se produce el nacimiento no es único, sino que la naturaleza ha desarrollado diferentes estrategias para que a pesar de las limitaciones que impone el bipedismo, el nacimiento pueda transcurrir de forma natural y sencilla en el ser humano [33].

Personalmente, mi opinión es contraria a considerar que el proceso de parto es más complicado en los humanos que en otras especies y mucho menos que se haya tenido que pagar un precio evolutivo en términos de peligrosidad para conseguir un mayor grado de encefalización. Precisamente si algo es peculiar en la especie humana es que el mayor desarrollo de la encefalización ocurre extra-útero, es decir que el bebé desarrollará la mayor parte de su cerebro y sus conexiones neuronales después de nacer. Esto es por otra parte una ventaja adaptativa ya que le permite una mayor plasticidad

para aprender los aspectos culturales que no pueden imprimirse en los genes y que son claves para su supervivencia. Podría ser incluso que este proceso de encefalización extraútero fuera una ventaja tal que al no necesitar gestar bebés con una cabeza tan grande como la que se requeriría en caso de hacer todo ese desarrollo intra-útero, la pelvis femenina se viese liberada de esa necesidad de tener un diámetro tan grande y permitir con ello que evolucionase estrechando aún más el canal de parto y dando lugar a la aparición de bipedismo. El diámetro podría de esta forma ajustarse al grado de encefalización mínimo necesario para que la cría fuese lo suficientemente capaz para sobrevivir extraútero y que la mujer pudiera convertirse en bípeda. El enfoque es radicalmente diferente.

Los cambios anatómicos de la madre no surgen de repente y mucho menos sin tener en cuenta la propia evolución del bebé. Es decir, para que uno progrese, el bebé a su vez debe adaptarse al mismo y que este cambio suponga un beneficio para la especie. Como ejemplo, podemos citar que a pesar de que la mayor estrechez del canal del parto, la pelvis de la mujer tiene la capacidad de no ser una estructura rígida, sino que está dotada de una cierta flexibilidad, lo que le confiere una mayor capacidad de adaptación a las variaciones de tamaño y posición del bebé (ej, posición de nalgas o de cara o parto en posterior). Durante el embarazo la mujer segrega entre otras sustancias, la denominada relaxina, que hace que los ligamentos de la pelvis sean más elásticos dotando a la articulación de una mayor flexibilidad y capacidad de apertura para favorecer el paso del bebé a su través. Y el grado de apertura es aún mayor cuando durante el proceso la madre hace uso de posturas verticales o de cuadrupedia, en lugar de la posición de litotomía (acostada sobre la espalda) típicamente empleada en el ámbito hospitalario[†][50]. Por otra parte, el bebé ha desarrollado una serie de estrategias que le permiten afrontar el hecho de tener que atravesar un canal más estrecho. Por una parte, los huesos del cráneo permanecen sin soldar, de manera que su cabeza es moldeable y con capacidad de adaptarse a las dimensiones del canal de parto de su madre, además su cuerpo es de constitución muy flexible, lo que le permite arquearse como si fuese un contorsionista, al tiempo que realiza de forma instintiva el giro de la cabeza para atravesarlo sin dificultad, aunque tal y como demuestra Dana Walrath, esta sólo es una de las muchas modalidades de parto que se habrían fijado en la evolución del hombre ya que la manera final de nacer del bebé dependería de la morfología propia de la madre y de las características del bebé, así como de la posición en que se encuentre en el momento del parto, siendo todas ellas formas “normales” de nacer.

El “nacimiento prematuro”, o neotenia, que mencionábamos antes y que es característicos de los humanos, según el cual los bebés podrían nacer con menor grado de encefalización para realizar este proceso extra-útero, es otra de las razones por las cuales se considera que el parto es peligroso y que forman parte de la teoría del “dilema obstétrico” según la cuál se argumenta la necesidad de un parto medicalizado. Sin embargo la visión del bebé inmaduro porviene precisamente de observar al bebé nacido en el parto medicalizado, cuando éste es sacado de su hábitat natural. Dentro de su hábitat, esto es, el pecho de la madre, el bebé es capaz como el resto de mamíferos de garantizarse su propia supervivencia, ya que por sí mismo es capaz de reptar buscando el pecho de su madre y alimentarse o de regular su temperatura corporal[‡], así como de mantener dentro de los niveles fisiológicos muchos otros parámetros de su

[†] Sería por ejemplo el uso de esta postura aquí la que confiere peligrosidad al parto y no la adquisición del bipedismo ya que el uso de libertad de posturas que garanticen una mayor apertura de la pelvis, junto con la flexibilidad de la pelvis gracias a la relaxina compensan la estrechez del canal de parto.

[‡] Está demostrado que el pecho de la madre puede variar su temperatura y por ende, la del bebé en $\pm 2^{\circ}\text{C}$ [49,50]

metabolismo. Esto es tan crítico que se ha demostrado que cuando los bebés, incluso los muy prematuros, son sacados de su *hábitat*[‡] natural para ser, por ejemplo, metidos en incubadora, tienen mayores dificultades para sobrevivir, mientras que por el contrario, presentan una mayor capacidad de recuperación cuando los cuidados médicos se aplican usando el método canguro o piel-con-piel con la madre. Es decir, los bebés tienen una mayor capacidad para regular todos sus parámetros fisiológicos y recuperarse si son puestos en contacto piel-con-piel con su madre que si son separados de ésta y cuidados en incubadora [51-53]. Este ejemplo demuestra que la importancia del hábitat es vital para entender lo que es fisiológico o normal en una especie y en que condiciones van a sobrevivir y desarrollarse mejor. Del mismo modo que se ha demostrado su importancia en el momento de nacer, ocurre con el proceso de parto. Cuanto más nos alejamos de la fisiología natural del mismo y cuanto más se interviene en el proceso y se dificulta su evolución fisiológica y natural con un ambiente inadecuado, esto es, cuanto más lejos estamos de lo que se podría denominar como *el hábitat natural del parto*, más problemas y dificultades se presentarán, incluyendo el dolor[‡]. Esta es, probablemente, la mayor razón de que haya surgido en nuestra cultura un miedo angustioso al parto y una sensación generalizada de que es un proceso peligroso, ya que los partos transcurren actualmente demasiado alejados de lo que sería su hábitat o entorno natural y con un alto grado de intervencionismo. En el libro de M. Odent, *Las funciones de los orgasmos*[42] se recoge minuciosamente como en las diferentes culturas y por medio de rituales e intervenciones de diferente índole se ha manipulado desde la antigüedad diferentes aspectos del parto y el nacimiento, teniendo cómo consecuencia que estos transcurran alejados de lo que sería su *hábitat* natural, lo que habría contribuido a mantener la idea acerca de la peligrosidad de estos procesos y el miedo asociado. Por el contrario, también hay, como se ha comentado anteriormente multitud de ejemplos que corroboran la existencia de culturas en las que el no intervencionismo y el respeto a las necesidades del proceso de parto llevan como consecuencia partos más fáciles e indoloros, aunque desgraciadamente estos ejemplos son sin duda mucho menos representativos.

Podríamos por tanto, resumir que gracias a todas estas adaptaciones y modificaciones evolutivas, *tanto la mujer, como el bebé humano están perfectamente adaptados al proceso de parir y nacer, siendo para ellos un proceso natural, fácil, sencillo y seguro, para el que están perfectamente preparados, siempre que transcurran dentro de su hábitat normal, con las condiciones y requerimientos que precisan*. Esto es así del mismo modo que para un pez es completamente natural y sencillo respirar en el agua por estar dotado de branquias, siempre que dicho proceso transcurra dentro de su hábitat natural. Igual que el pez muere cuando es sacado del agua o cuando cambian las condiciones del medio en el que vive, el parto y el nacimiento se convierten en patológicos cuando transcurren de forma antinatural y en entornos y condiciones inapropiadas, no como precio por haber desarrollado el bipedismo.

Finalmente, quiero destacar otro mecanismo evolutivo que está presente en los humanos y que permite que el proceso de parto se desarrolle con más facilidad. Este

[‡] Bergman fue el pionero en destacar la relevancia del hábitat para comprender las necesidades de los recién nacidos humanos. Según este autor, desde una perspectiva biológica, en los primeros instantes de vida del Homo Sapiens recién nacido, el pecho mediante contacto piel-con-piel representa el “hábitat” correcto, mientras que la lactancia representa el “nicho” o la conducta pre-programada designada por dicho “hábitat”. De forma análoga, yo he designado la existencia de un “hábitat” específico para el parto que sería el ambiente que contiene las características que permiten a la mujer parir en condiciones de intimidad y seguridad, en ausencia de fuentes de miedo y siempre de manera totalmente fisiológica.

mecanismo es, en palabras de Casilda Rodrigañez, *el desarrollo de una sexualidad sin precedentes en la cadena evolutiva, es decir, un desarrollo que sí es único y específico de los humanos, para promover el fantástico movimiento de los músculos del útero: el orgasmo femenino*. Tanto Casilda Rodrigañez como recientemente Michel Odent en su libro “Las funciones de los orgasmos”[42] han hecho hincapié en el importante rol de la sexualidad y más concretamente del orgasmo en sí mismo, para el correcto funcionamiento de los diferentes procesos que participan de la sexualidad incluyendo el parto, en los humanos al observar el parto de forma conjunta con estos otros, constatándose multitud de similitudes en su fisiología al estar regulados por la misma hormona, la oxitocina. El siguiente extracto de un artículo de Casilda Rodrigañez resume bien esta idea[54]:

Creo que si comparamos el funcionamiento del útero con el de los otros órganos en los que interviene el sistema sexual, podremos entender globalmente el funcionamiento del útero.

Como explica Martín Calama la presión que ejerce el bebé al succionar el pezón no sería suficiente para extraer la leche, y es necesario un dispositivo interno en la madre para el bombeo y eyección de la leche; un movimiento reflejo de las fibras mioepiteliales que recubren los alveolos de los pezones. Este dispositivo se activa al encajarse las moléculas de oxitocina, que llegan por el torrente sanguíneo, en receptores que se encuentran en dichas fibras mioepiteliales. Es decir, que el dispositivo que activa el reflejo de eyección de la leche pertenece a un proceso sexual, porque la oxitocina se segrega con la pulsión sexual; de ahí la relación entre el deseo materno y el éxito de la lactancia como ya señaló en su día Niles Newton (Maternal Emotions, 1955).

En su explicación sobre la fisiología de la lactancia, Martín Calama explica que los receptores de oxitocina en las mujeres, se encuentran además de en las mamas, en las fibras mioepiteliales de la vagina y del útero, y que a lo largo del embarazo aumentan incrementando la sensibilidad a la oxitocina que se segregará durante la lactancia. Esto nos aproxima a entender el continuum de la maternidad, como una continuidad de procesos del sistema sexual de la mujer.

El tipo de mecanismo que activa la eyección del flujo que lubrica la vagina para el coito, o el que bombea el líquido seminal desde la vesícula seminal y produce el reflejo de eyección del semen, es el mismo que el del reflejo de eyección de la leche; y también el del reflejo de los músculos uterinos para el proceso del parto.

[...]Obviamente, el sistema sexual está implicado en muchísimas más funciones que la de activar los reflejos musculares de los órganos sexuales que aquí menciono, y la misma función de la oxitocina es un fenómeno muy complejo del que aquí se abstrae solo un aspecto para entender el parto. Tan sólo el seguimiento y la interacción de las demás hormonas sexuales conocidas nos da una idea de dicha complejidad.

[...]El sistema sexual que activa el reflejo muscular en diferentes partes del cuerpo es el mismo, pero los músculos del útero no se parecen en nada a las finísimas capas mioepiteliales de los pechos o de la vagina: los del útero son anatómicamente los músculos más potentes y fuertes del cuerpo humano, a la vista del impresionante trabajo que tienen que hacer para que salga el feto por ese famoso canal de nacimiento estrechado por el bipedismo de nuestra especie.

Se ha dicho que el problema que este estrechamiento planteaba para el nacimiento se resolvió con el nacimiento prematuro. Pero no es del todo exacto. Si el nacimiento prematuro por sí solo hubiera resuelto la cuestión, sin duda habría más mamíferos en posición erecta. La especie humana no es la única que nace prematuramente y la neotenia no es un fenómeno específico humano. La resolución de la contradicción supuso, además del nacimiento prematuro, un desarrollo de la sexualidad sin precedentes en la cadena evolutiva, es decir, un desarrollo que sí es único y específico de los humanos, para promover el fantástico movimiento de los músculos del útero: el orgasmo femenino; porque el placer se produce con el movimiento pulsátil (vibración, temblor, latido) de los tejidos musculares, movimiento cuya expansión percibimos con la sensación de placer.

La envergadura de las fibras musculares del útero nos da la medida de la fuerza expansiva de las mal llamadas contracciones del útero, (y digo mal llamadas porque en realidad es un movimiento de contracción-distensión, sístole y diástole, fibras que se encogen y luego se distienden, se vuelven a encoger y se vuelven a distender); quiero decir, que la fuerza expansiva de este latido del útero es mucho más importante que la que pueden producir las fibras musculares de las mamas o de la vagina.

Entonces, la relación entre el pecho, el útero y la vagina se debe a que la oxitocina viaja por el torrente sanguíneo y alcanza sus receptores allí donde están, a saber, en las llamadas zonas erógenas del cuerpo, y cuando se desencadena un movimiento más o menos simultáneamente en dichas zonas, tenemos la sensación de una conexión entre ellas (los meridianos de placer dibujados por el arte neolítico).

Ambroise Paré atribuía la relación entre las mamas y la matriz, a conexiones del sistema nervioso (era 1575), pero 'la conexión' no pertenece al sistema nervioso sino al sistema sexual, y se debe a que la oxitocina está en el torrente sanguíneo y se engancha allí donde encuentra receptores adecuados. Esto explica que la excitación sexual de las mamas se extienda al útero, y que el proceso de expansión del placer puede empezar por donde sea pero si se mantiene y acaba en orgasmo, implica siempre al útero, el órgano de mayor masa muscular y que tiene o debería tener la mayor cantidad de receptores de oxitocina (según claro está el estado del útero; una ginecóloga me contaba que los úteros que operaban estaban a menudo en un estado atrófico impresionante). Por otra parte, la sexología ha explicado que efectivamente el útero es el centro erógeno básico de la mujer. Maryse Choisy tras un seguimiento concreto durante 10 años de la sexualidad de 195 mujeres definió muy claramente el papel del útero en el orgasmo femenino. Aunque no sintamos el útero sino sólo el placer que expande, podemos imaginar la fuerza expansiva de esos supermúsculos... y saber a ciencia cierta que la intensidad del orgasmo es correlativa a la intensidad de los latidos del útero, como se ha comprobado por medio de electrouterograma. El matrimonio Masters y Johnson efectivamente comprobaron que en todos los orgasmos se producen 'contracciones' del útero, sea cual sea el origen del proceso orgásmico, y además registraron el latido del útero durante el orgasmo con electrodos intrauterinos (orgasmos simples, múltiples, relajación final...), registrando simultáneamente, con electrocardiograma, el sobre-esfuerzo del corazón correlativo al esfuerzo de los músculos uterinos.

Hay que decir que en el útero hay un tercer tipo de fibras musculares que constituyen una capa interna en la pared de la bolsa uterina. Son músculos que rodean los vasos sanguíneos haciendo ocos y espirales, y su función es estimular y activar el riego sanguíneo para aportar el oxígeno necesario para el intenso trabajo que realiza el útero, y para retirar las sustancias de desecho. Poco a poco vamos entendiendo las claves del gran potencial y capacidad orgástica femenina, y el mito –que no es tal- de que las mujeres tenían más capacidad sexual que los hombres.

La desconexión interna corporal de las mujeres ha permitido la ocultación del papel del útero en la sexualidad; así por ejemplo, el 'yoni' de los tratados de sexualidad tántrica, literalmente quiere decir 'útero', y sin embargo lo traducen por vagina, porque en nuestro paradigma de sexualidad el útero no existe. Pero digan lo que digan los manuales de sexualidad, lo sintamos o no, el útero es el órgano de expansión del placer por antonomasia. El funcionamiento y la envergadura muscular del útero, como digo, explica la famosa capacidad orgástica femenina puesta de manifiesto por Serrano Vicens, quien comprobó que dicha capacidad no es ni mito ni enfermedad, y que la ninfomanía es un epíteto calumnioso y misógino para tratar de hacer anormal y patológico lo que es normal y natural.

Así pues, el parto orgásmico no lo produce el roce de la cabeza del feto en la vagina, y todavía menos es 'un eufemismo' del dolor (para esto último me remito también a Dick-Read). El parto orgásmico se produce porque el propio movimiento del útero es en sí mismo productor de placer, siempre que los músculos funcionen acompasadamente, según el proceso sexual normal; que es lo que sucede cuando el parto se produce de forma natural y se activa según la forma establecida filogenéticamente, por el sistema sexual de la mujer. Leboyer sin necesidad de electrodos intrauterinos también describió los dos tipos de contracciones, las generadoras de placer y las generadoras de calambres y de intolerables sufrimientos.

En la ‘contracción’ normal del parto, dice Leboyer, el útero se encoge muy lentamente en un movimiento que empieza arriba y va bajando poco a poco, al llegar abajo hace una pausa y luego empieza lentamente a distenderse de abajo hacia arriba, y al llegar arriba vuelve a hacer otra pausa; dice Leboyer que se asemeja a la respiración de un niño cuando duerme plácidamente y vemos cómo su pecho sube y baja lentamente con cada respiración. También describe las otras contracciones que conocemos tan bien: el útero en lugar del movimiento lento que empieza arriba y va bajando lentamente, se contrae entero en bloque, todo a la vez. Es un movimiento brusco que se suelta también bruscamente. Es decir, es un movimiento espasmódico en lugar de un latido lento, pausado y rítmico.

El tipo de movimiento que realizan los haces musculares del útero en el parto es el mismo que el que realizan durante el orgasmo: es decir, son o debieran ser el mismo tipo de ‘contracciones’; no del todo iguales porque las ‘contracciones’ del parto tienen que llegar a la total apertura de la boca del útero, un proceso que debe hacerse despacio y suavemente, para que ni la madre ni la criatura sufran, y que por eso, en condiciones normales dura entre 1 y 5 horas (mientras que un útero espástico puede tardar 24 ó 40 horas, según Reich). En cambio, el orgasmo fuera del parto no tiene otra misión que la descarga de la libido para la regulación corporal, y concretamente para la preparación del útero para el día que tenga que abrirse (lo mismo que los óvulos anidan periódicamente para cuando el nido efectivamente haga falta); este orgasmo fuera del parto no tiene que abrir la boca del útero, y dura entre 30 y 60 segundos por lo general; pero son contracciones del mismo tipo que las del parto en cuanto al latido acompasado y sincronizado de los haces musculares longitudinales y circulares, y también en cuanto al incremento de la pulsación cardiovascular para acompañar el esfuerzo muscular. (Hay otras similitudes histológicas, etc., que recoge Niles Newton en *Maternal Emotions* en un cuadro comparativo). Una prueba de la similitud entre ambos tipos de ‘contracciones’ (la del orgasmo y la del parto), la tenemos a la vista en el electrouterograma del orgasmo realizado por Masters y Johnson.

En definitiva, nada indica por tanto, por qué debido a estos cambios evolutivos, el proceso de parto debiera ser doloroso. Más aún, teniendo en cuenta que los procesos más vitales y necesarios para la supervivencia del hombre tales como, alimentarse o procrear, suelen venir acompañados de un refuerzo positivo de placer, que permite su fijación a lo largo de la evolución, por lo que el dolor asociado al parto, parece en sí mismo, una desventaja para la perpetuación de la especie. A este respecto, el refuerzo de placer en el parto sería la aparición de una sensación más o menos placentera o incluso orgásmica, como ya se ha comentado anteriormente. Por otro lado, el proceso que la mayor parte de las mujeres experimentan como doloroso es en mayor medida el de la dilatación del cuello uterino, más que el expulsivo. Sin embargo, la mayor diferencia de los humanos con el resto de mamíferos, no se da en la dilatación, si no en el momento del expulsivo, cuando se debe sincronizar la expulsión del feto, con el acople de la cabeza al diámetro pélvico, al tiempo que realiza una rotación. Por ello, estas diferencias anatómicas respecto de otros mamíferos que se esgrimen para justificar el dolor del parto no parecen tener una base sólida.

¿Qué estudios científicos hay que muestran una vinculación entre el miedo y el dolor del parto?

Para tener una conciencia de lo que realmente afecta a la mujer en el parto, el miedo y el estrés derivado de éste, solo hay que constatar los resultados de diversos estudios:

El miedo al parto puede provocar problemas significativos durante el parto y el postparto. El miedo durante el parto está asociado con un mayor dolor durante el proceso[55-56], una prolongación del primer y segundo período del parto y un mayor sentimiento de insatisfacción[55]. Además, el miedo tiene una relación más fuerte que el estrés, con el dolor y la duración del parto. La anestesia epidural disminuye inicialmente el dolor, pero las mujeres que la usan tienen más miedo[56].

El miedo en el parto se ha demostrado que está también implicado en el 7-22% de las cesáreas electivas por parte de la madre, sin justificación médica, lo que aumenta la tasa de cesáreas [57-62]. El grupo de Ryding y colaboradores[63-64] encontró a su vez que el miedo severo puede causar que el parto desemboque en una cesárea de emergencia.

Numerosos estudios de diferentes países documentan los miedos que experimentan las mujeres durante el parto. Tres estudios suecos, todos cualitativos y con grupos de estudio de entre 23 y 53 mujeres exploró sus miedos[65-67] durante pequeñas entrevistas semi-estructuradas. Determinaron que sus miedos se focalizaban sobre todo en el dolor del parto y el miedo a padecer secuelas físicas de algún tipo o incluso la muerte, tanto en ellas como en los bebés. La experiencia del miedo en el parto entre las mujeres finlandesas ha sido estudiada por las matronas finlandesas Melender y Lauri [2, 6] quienes llevaron a cabo dos estudios cualitativos mediante entrevistas para explorar el miedo relacionado con el parto en un grupo de 20 mujeres que habían dado a luz recientemente, así como por el grupo de Saisto y colaboradores [7, 68], quienes encontraron resultados semejantes. Las mayores preocupaciones de estas mujeres se relacionaban con el dolor del parto, el riesgo de secuelas para ellas o el recién nacido, la actitud y atención por parte del personal sanitario y el miedo a complicaciones como hemorragias severas. En Alemania, Neuhaus y colaboradores realizaron entrevistas a 122 mujeres que acababan de dar a luz para analizar su experiencia de parto y los miedos padecidos durante el mismo. Los miedos más comúnmente relatados fueron una vez más el miedo al dolor, sobre todo en partos inducidos, secuelas en la madre o el bebé y errores obstétricos.

Los investigadores exploraron además el origen de dichos miedos. Entre las causas están la tendencia a pensamientos negativos, el haber escuchado historias de experiencias negativas de parto en otras mujeres, el diagnóstico prenatal de posibles riesgos[2-3], falta de conocimiento e información acerca del proceso de parto[2, 8] o experiencias previas negativas en múltiples[2-4].

Un estudio entre la población de Turquía reporta algunas de las frases de las mujeres que dicen tener miedo al parto[69]:

“Tengo miedo al dolor del parto”

“Esto es lo que más miedo me provoca: que haré si no soy capaz de soportar el dolor”

“El dolor del parto... Es la cosa más horrible”

“Tengo miedo de perder el control”

“Tengo miedo de no ser capaz de hacerlo, de no saber dar a luz a mi bebé”

“Tengo miedo de morir”

“Tengo miedo de que surjan problemas, de que algo se rompa...”

“Te tocan en tus partes más íntimas... Eso me da miedo”

“Te cortan, te ponen un montón de aparatos... todo eso me aterra”

“Creo que *eso* (refiriéndose a la vagina tras una episiotomía) nunca vuelve a ser igual, tengo miedo de que me afecte en mis relaciones”

Wuitchik y colaboradores[70] comentan que el miedo al dolor o a la indefensión y la preocupación antes del parto están fuertemente asociados al sufrimiento y al dolor

durante el parto. Lederman y colaboradores recogen que los miedos a la indefensión, al dolor, a la pérdida de control o de autoestima afectan a la evolución del parto[71].

El excesivo control prenatal al que se somete en la actualidad a las mujeres embarazadas también juega un importante papel, ya que puede sumir a las mujeres en una continua situación de riesgo que aumenta el miedo al parto[72]. El estudio encuentra que los discursos sobre riesgos prenatales ejercen un control social sobre las mujeres embarazadas, haciéndoles tener miedo, sentirse culpables, juzgadas o incluso castigadas.

No sólo el miedo, sino la ansiedad y el estrés durante el parto aumentan el nivel de adrenalina y disminuyen las contracciones uterinas[73], además prolonga la duración del parto y empeora el estado fetal[74]. Es más, el simple hecho de entrar en el hospital puede afectar notablemente a las contracciones uterinas, como consecuencia del cambio de escenario[75].

Las variables más importantes para conseguir que el parto sea una experiencia positiva son que la mujer sienta que tiene el control y el apoyo de una comadrona[10, 76]. Por este motivo, en Suecia se puso en marcha un equipo de ayuda y apoyo psicológico a mujeres con especial miedo al parto denominado "Aurorateams"[77]. Este equipo, integrado fundamentalmente por matronas, aborda el parto desde un enfoque más natural y cuenta con una serie de sesiones previas al parto que ayudan a la madre a disminuir su ansiedad y a entrar a la fase de parto más tranquila. Además, se redacta un plan de parto junto con la mujer, donde se pone especial énfasis en atender los aspectos que más estrés causan a la mujer. Los resultados de esta iniciativa son sorprendentes ya que suponen una reducción de un 50-62% en el número de cesáreas electivas y partos vaginales más cortos y satisfactorios que entre mujeres no tratadas.

La importancia de reducir el umbral de miedo en la mujer de parto y de respetar la fisiología natural del parto reduciendo al máximo las intervenciones ha sido también reconocida recientemente por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en su última recomendación para el parto normal. En este documento se alienta a que se produzca un cambio en la forma actual de comprender y llevar a cabo la atención del parto por parte de los profesionales sanitarios[78]:

Las dos preocupaciones fundamentales de la embarazada, que aumentan conforme se acerca del parto, son: 1) Si su hijo será y nacerá normal, y 2) Si el parto será muy doloroso y ella podrá soportarlo. Por tanto, estas dos preocupaciones deben estar en la mente también del personal que la atiende. Debe hacerse todo lo posible por poderle contestar con seguridad a la primera cuestión mediante las exploraciones pertinentes en el curso del embarazo y al comienzo del parto; y debe tranquilizársela respecto a los "dolores" del parto, asegurándosele que estando tranquila, el parto es más fácil y que, en caso necesario, existen formas de aliviar los dolores sin perjudicar al feto.

Efectivamente, se relaciona el parto fácil con la tranquilidad de la madre, y a la inversa; y la pregunta es ¿la madre tiene miedo y siente muchos dolores porque su parto es difícil; o el parto difícil está motivado por su miedo-ansiedad-tensión?. Hace ya muchos años que el ginecólogo inglés Dick Read llegó a la conclusión de que "el miedo es en cierto modo el principal agente productor del dolor en un parto que podría ser normal". El miedo podría pues, ejercer un efecto perjudicial en la calidad de las contracciones uterinas, en la dilatación cervical y en los normales resultados del parto.

No es fácil disipar el antiguo temor a los dolores del parto en cualquier gestante, pero ya desde la primera visita prenatal, todo el personal dedicado al cuidado de la misma y del feto, debe realizar un esfuerzo para que la madre comprenda que el parto es un proceso fisiológico normal. Así, todos los que se hallan a su cuidado, no solo deben demostrar competencia profesional, sino igualmente inspirar sensación de confianza y cordialidad, y hacerle ver que desean sinceramente evitarle todo el dolor posible dentro de los límites de seguridad para ella y su hijo. [...] Para eliminar la perjudicial influencia del temor durante el parto, en el momento actual se destacan las ventajas del

parto no intervenido. [...] Así pues, las reglas básicas para la asistencia a un parto normal se deducen de lo expuesto: **1.** El parto es un proceso fisiológico y, por tanto, en la mayoría de casos no precisa intervención por parte del médico ni de la matrona. Se trata de "asistir a una mujer de parto" y no de "tratar o curar un parto". La palabra Obstetricia significa precisamente lo primero: estar al lado de... En el parto espontáneo normal, únicamente debería ayudarse a la madre en un sentido intervencionista, médico o quirúrgico, ¡y solo si es preciso!, al final de la expulsión y en el periodo de alumbramiento. Y **2.** El médico y la matrona deben tener una gran serenidad y paciencia, ya que son necesarias horas enteras para observar tranquila y metódicamente, sin intervenir en la marcha del parto, pero sí animando a la paciente e inspirándole confianza, tranquilidad y seguridad.

Las experiencias de partos llevados a cabo en el entorno del hogar o en centros donde se permite experimentar el parto de una forma más natural, asistidos únicamente por comadronas, demuestran que el parto, así desarrollado, genera una mayor satisfacción en la mujer, menos dolor, así como excelentes resultados en cuanto a morbilidad y mortalidad materno-infantil, similares o mejores que los obtenidos en hospitales para partos de bajo riesgo, en los que, sin embargo, la insatisfacción y la instrumentalización e incluso riesgo de cesárea es muy superior[79-80]. En estos casos, se hace a menudo uso de métodos no invasivos para conseguir una mayor relajación de la parturienta y disminuir el dolor, como es el uso del agua durante el parto, que ha demostrado reportar numerosos beneficios, así como evitar el uso de otras analgesias como la anestesia epidural[45, 47]. En una revisión bibliográfica de la Biblioteca Cochrane sobre <<inmersión en agua para embarazo, trabajo de parto y parto>>[46], se llega a la conclusión de que existe evidencia de que la inmersión en agua durante el periodo de dilatación reduce la percepción del dolor y el uso de analgesia en las parturientas, sin resultados adversos en la duración del trabajo del parto, el parto quirúrgico o los resultados neonatales. La reducción del dolor parece estar asociada a la liberación de endorfinas y catecolaminas, lo que a mismo tiempo favorece la liberación de oxitocina y la dilatación cervical. Hay también datos que revelan que la respuesta común a la inmersión es una redistribución del volumen sanguíneo, especialmente una expansión del volumen sanguíneo intra-torácico, que estimula la producción del Péptido Natri-urético del Atrium (ANP). Parece que esta producción de ANP se produce a través de dos mecanismos, uno directo (estirando las paredes del atrium cardíaco) y otro indirecto (liberando oxitocina). Existe una relación compleja entre el sistema del ANP y la hipófisis posterior (productora de oxitocina y vasopresina). La inmersión en el agua favorece la producción de oxitocina siempre que la mujer beba agua durante la inmersión y dicha inmersión no se prolongue más de dos horas[81].

De cara al expulsivo, realizar la dilatación en el agua también tiene sus beneficios sobre el período de expulsivo. El Dr. Lebrero, ginecólogo de la clínica Acuario en la cual se realizan partos naturales y se hace uso del agua en el parto, relata que aunque todas las parturientas hacen uso del agua durante la dilatación, no todas paren en el agua. En ocasiones, en el momento de la expulsión, la mujer opta por salir del agua. El cambio de temperatura tiene un efecto favorecedor para que la expulsión sea más rápida y eficaz, sobre todo si se adopta una posición de cuclillas. Por el contrario, si la parturienta realiza la expulsión en el agua, favorece la transición del recién nacido del líquido amniótico al mundo exterior. El parto realizado en quirófano provoca un cambio brusco de temperatura (aproximadamente unos 17°C), lo que induce en el recién nacido una vasoconstricción periférica para ahorrar calor. Esta es la razón de la habitual coloración morada. En ese periodo de adaptación al cambio de temperatura, el niño consume gran parte de su reserva de glucosa y si el nivel desciende

considerablemente hay riesgo de complicaciones cerebrales. Cuando el recién nacido pasa de los 37,5°C del útero a los 37°C de la piscina este problema no existe [82].

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los profesionales sanitarios deben facilitar toda la información disponible para que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera. La OMS, en el informe del grupo técnico de trabajo <<Los cuidados en el parto normal>> de 1999, avala y recomienda el uso del agua en el parto entre los diversos métodos no invasivos ni farmacológicos de alivio del dolor[83].

Conclusiones

Todos los datos anteriormente expuestos ponen de manifiesto y demuestran que una atención más íntima y menos intervencionista que respete los ritmos y la fisiología de la mujer de parto, donde la madre se sienta segura y con la intimidad suficiente para tranquilizarse y rebajar su miedo; donde la madre pueda interiorizar y vivir su proceso de parto como una continuación de su vida sexual y como una experiencia fundamental para su persona; donde pueda sentirse dueña de su parto y apoyada y animada por la asistencia de una comadrona; donde se pueda hacer uso de métodos no invasivos para el control del dolor; lejos de ser una moda, es, sin lugar a dudas, *la opción más segura en términos de morbilidad y mortalidad, la que más satisfacción reporta a la madre y al bebé* y la que permite experimentar el *parto como una experiencia gozosa*, a la que no se debe tener miedo.

Referencias

1. Wikipedia, *Definición del miedo*. <http://es.wikipedia.org/wiki/Miedo>, 2007.
2. Melender, H.L., *Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland*. Journal of Midwifery and Women's Health, 2002a. **47**: p. 256-263.
3. Melender, H.L., *Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women*. Birth, 2002b. **29**: p. 101-111.
4. Areskog, B., N. Uddenberg, and B. Kjessler, *Fear of childbirth in late pregnancy*. Gynecologic and Obstetric Investigation, 1981. **12**(262): p. 2003-2660.
5. Neuhaus, W., et al., *Prenatal expectation and fears in pregnant women*. Journal Perinatal Medicine, 1994. **22**: p. 409-414.
6. Melender, H.L. and S. Lauri, *Fears associated with pregnancy and childbirth-experiences of women who have recently given birth*. Midwifery, 1999. **15**: p. 177-182.
7. Saisto, T., O. Ylikorkala, and E. Halmesmaki, *Factors associated with fear of delivery in second pregnancies*. Obstetrics and Gynecology, 1999. **94**: p. 679-682.
8. Cleeton, E.R., *Attitudes and beliefs about childbirth among college students: result of an educational intervention*. Birth, 2001. **28**: p. 192-201.
9. Odent, M., *Fear of death during labour*. Midwifery Today Int Midwife., 2003. **67**: p. 20-22.
10. Taylor, J.S., *Caregiver support for women during childbirth: does the presence of a labor-support person affect maternal-child outcomes? - Cochrane for clinicians: putting evidence into practice*.
11. Ruiz Vélez-Frías, C., *El Parto sin Dolor*. 1955.
12. Rodríguez Bustos, C., *Pariremos con placer*. Crimentales Editorial, 2007.
13. Shanley, L., *Orgasmic Childbirth: The Fun Doesn't End at Conception!* <http://www.unassistedchildbirth.com/sensual/orgasmic.html>.
14. Gaskin, I.M., *Ina May's guide to childbirth*. Ed. Bantam Dell, 2003.
15. Lang, R., *The Birth Book*. 1972.
16. Parvati Baker, J., *Prenatal Yoga & Natural Birth*. 1974.
17. Pascali-Bonaro, D., *Orgasmic Birth*. <http://www.orgasmicbirth.com/>.
18. Dick Read, G. and Kinsey, *Embarazo y nacimiento gozosos* Revista Integral. **4**: p. 43

19. Dick Read, G., *Childbirth without fear. The Principles and Practice of Natural Childbirth. Edition 2005.* 1959. .
20. Taggart, M.J. and S. Wray, *Occurrence of intracellular pH transients during spontaneous contractions in rat uterine smooth muscle.* Journal of Physiology, 1993. **472**: p. 23-31.
21. Quenby, S., et al., *Dysfunctional Labor and Myometrial Lactic Acidosis.* Obstetrics & Gynecology, 2004. **103**: p. 718-723.
22. Mark Zborowski citado por Morris, D., *La Cultura del Dolor. El Dolor Viviente ¿Misterio o Enigma?;* . Ed. Andrés Bello, 1994: p. 23.
23. Johnson, T.R., et al., *Dutch Women's Perceptions of Childbirth in the Netherlands.* MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing, 2007. **32**(3): p. 170-177.
24. Senden, I.P., et al., *Labor Pain: A Comparison of Parturients in a Dutch and an American Teaching Hospital.* Obstetrics & Gynecology, 1988. **71**(4): p. 541-544.
25. Leboyer, F., *El parto: crónica de un viaje.* Ed. Altafulla 1996.
26. Odent, M., *La cientificación del amor.* Ed. Creavida.
27. Reich, W., *Correspondencia con A.S. Neil (traducido por la E.S.T.E.R) y en Reich habla sobre Freud.* . Ed. Anagrama.
28. Rimbach, E., *Preparación y dirección psicológicas del parto.* Clínica Obstétrica-Ginecológica. Edit. Alhambra 1976. **1**: p. 482-523.
29. Barabasz A and P. N., *Salient findings: hypnotizability as core construct and the clinical utility of hypnosis.* The International journal of clinical and experimental hypnosis, 2007. **55**(3): p. 372-9.
30. Ruiz-Vélez Frías, C., *Parir sin miedo. El legado de Consuelo Ruiz-Vélez Frías.* Ed. Obstare.
31. Odent, M., *El nacimiento de los mamíferos humanos.* Ob stare: El mundo de la maternidad, ISSN 1578-0562, Nº. 15. (Ejemplar dedicado a: Somos mamíferos), 2004: p. 23-29.
32. Odent, M., *El bebé es un mamífero.* Ed. Mandala, Madrid, 1990.
33. Walrath, D., *Rethinking Pelvic Typologies and the Human Birth Mechanism.* Current Anthropology 2003. **44**(1): p. 5-31.
34. Blázquez Rodríguez, M., *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid.* Tesis Doctoral. UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI. ISBN:978-84-692-5930-6/DL:T-1669-2009, 2009.
35. Rodrigáñez Bustos, C., *La maternidad y la correlación entre la libido y la fisiología.* Revista Medicina Naturista, num , abril-junio 2006. **10**.
36. Lebrero, E., *El parto natural hace más seguro el parto hospitalario.*
http://www.holistika.net/parto_natural/parto_fisiologico/el_parto_natural_hace_mas_seguro_el_parto_hospitalario.asp.
37. Morgan, L.A., *The Power of Pleasurable Childbirth: Safety, Simplicity, and Satisfaction Are All Within Our Reach!* 2003.
38. Morgan, L.A., *Is all pain in childbirth due to fear?* From Laurie's Thoughts on Childbirth Frequently Asked Questions.
39. Budin, W.C., *Birth and Death: Opportunities for Self-Transcendence.* The Journal of perinatal education, 2001. **10**(2): p. 38-42.
40. Morgan, L.A., *Is pain-free birth really possible?* From Laurie's Thoughts on Childbirth Frequently Asked Questions
41. Ruiz, C., *Parir sin Miedo. El legado de Consuelo Ruiz Vélez-Frías.* Ed. Obstare, 2009.
42. Odent, M., *Las Funciones de los Orgasmos.* Ed. Obstare, 2009.
43. Balaskas, J., *The Water Birth Book.* . London. Ed. Harper Collins. , 2004.
44. Odent, M., *Birth under water.* Lancet, 1983: p. 1476-77.
45. Eberhard, J., S. Stein, and V. Geissbuehler, *Experience of pain and analgesia with water and land births.* Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynecology, 2005. **26**(2): p. 127-33.
46. Cluett, E.R., et al., *Inmersión en agua para el embarazo, trabajo de parto y parto (Revisión Cochrane traducida).* Biblioteca Cochrane Plus, 2007. **2**.
47. Maude, R. and M. Foureur, *It's beyond water: stories of women's experience of using water for labour and birth.* Women Birth, 2007. **20**(1): p. 17-24.
48. Becerro de Bengoa, C., *Educación maternal y beta-endorfinas en el plasma materno durante el parto.* Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid., 1993.
49. Rosenberg, K.R. and W.R. Trevathan, *The Evolution of Human Birth.* Scientific American, 2003: p. 80-85.
50. Borell, U. and I. Femstrom, *A pelvimetric method for the assessment of pelvic 'mouldability'.* Acta Radiol, 1957. **47**: p. 365.
51. Bergman, N., *More than a cuddle: skin-to-skin contact is key.* Pract Midwife., 2005 **8**(9): p. 44.

52. Bergman, N., L. Linley, and S. Fawcus, *Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns*. *Acta Paediatr.*, 2004. **93**(6): p. 779-85.
53. Bystrova, K., et al., *Maternal axillar and breast temperature after giving birth: effects of delivery ward practices and relation to infant temperature*. *Birth*, 2007. **34**(4): p. 291-300.
54. Rodrigañez, C., <http://sites.google.com/site/casildarodriganez/parto-orgasmico-testimonio-de-mujer-y-explicacion-fisiologica>.
55. Saisto, T., R. Kaaja, and O. Yliorkala, *Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor*. *Pain*, 2001. **93**: p. 123-127.
56. Alehagen, et al., *Fear, pain and stress hormones during childbirth*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2005. **26**: p. 153-165.
57. Jackson, N.V. and L.M. Irvine, *The influence of maternal request on the elective Cesarean section rate*. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1998. **18**: p. 119-155.
58. Gamble, J.A. and D.K. Creedy, *Women's request for a cesarean section: a critique of the literature*. *Birth*, 2000. **27**: p. 256-262.
59. Sjögren, B., *Childbirth: expectations, choices and trends*. *Lancet*, 2000. **356**: p. 12.
60. L. Penna and S. Arulkumaran, *Cesarean section for non-medical reasons*. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2003. **82**: p. 399-409.
61. Nerum, H., et al., *Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling?* *Birth*, 2006. **33**: p. 221-228.
62. Waldenström, U., I. Hildingsson, and E.L. Ryding, *Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent Cesarean section and experience of childbirth*. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2006. **113**: p. 638-646.
63. Ryding, E.L., et al., *Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section*. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1998a. **77**: p. 542-547.
64. Ryding, E.L., K. Wijma, and B. Wijma, *Emergency cesarean section: 25 women's experiences*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2000. **18**: p. 33-39.
65. Ryding, E.L., *Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons*. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1993. **72**: p. 280-285.
66. Ryding, E.L., K. Wijma, and B. Wijma, *Experiences of emergency cesarean section a phenomenological study of 53 women*. *Birth*, 1998b. **25**: p. 246-251.
67. Eriksson, C., G. Westman, and K. Hamberg, *Content of childbirth-related fear in Swedish women and men-analysis of an open-ended question*. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2006. **51**: p. 112-118.
68. Saisto, T. and E. Halmesmaki, *Fear of childbirth: a neglected dilemma*. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2003. **82**: p. 201-208.
69. Serçekuş, P. and H. Okumuş, *Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey*. *Midwifery*, 2007 (in press).
70. Wuitchik, M., K. Hesson, and D. Bakal, *Perinatal predictors of pain and distress during labor*. *Birth.*, 1990. **17**(4): p. 186-91.
71. Lederman, R., et al., *Relationship of psychological factors in pregnancy to progress in labor*. *Nursery Research.*, 1979. **28**(2): p. 94-7.
72. MacKinnon, K. and M. McIntyre, *From Braxton Hicks to preterm labour: the constitution of risk in pregnancy*. *The Canadian journal of nursing research*, 2006. **38**(2): p. 56-72.
73. Lederman, R., et al., *The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor*. *American journal of obstetrics and gynecology*, 1978. **132**(5): p. 495-500.
74. Lederman, R., et al., *Anxiety and epinephrine in multiparous women in labor: relationship to duration of labor and fetal heart rate pattern*. *American journal of obstetrics and gynecology*, 1985. **153**(8): p. 870-7.
75. Walsh, T., *Exploring the effect of hospital admission on contraction patterns and labour outcomes using women's perceptions of events*. *Midwifery*, 2007. In press.
76. Waldenström, U., *Experience of labor and birth in 1111 women*. *Journal of psychosomatic research*, 1999. **47**(5): p. 471-82.
77. Nilsson, C. and I. Lundgren, *Women's lived experience of fear of childbirth*. *Midwifery*, 2007. In press.
78. SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), *Documento de Consenso SEGO: Asistencia al parto*. 2007.

79. Johnson, K.C. and B.-A. Daviss, *Hallazgos en Partos Domiciliarios Planificados Atendidos por Certified Professional Midwives (Parteras Profesionales y Certificadas): Estudio largo y prospectivo en Norte América.* . BMJ, 2005. **330**: p. 1416.
80. Fullerton, J.T., A.M. Navarro, and S.H. Young, *Outcomes of Planned Home Birth: An Integrative Review.* J Midwifery Womens Health, 2007. **52**: p. 323-333.
81. Odent, M., *Can water immersion stop labor?* J Nurse Midwifery, 1997. **42**: p. 414-16.
82. Consumer.es EROSKI, *Parto en el agua.*
http://www.consumer.es/web/es/salud/atencion_sanitaria/2006/10/19/156525.php?print=true, 2007.
83. Grupo Técnico de Trabajo OMS, *CUIDADOS EN EL PARTO NORMAL: UNA GUÍA PRÁCTICA.* GINEBRA Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. , 1999.