

La catarsis de los cuerpos grávidos. Experiencias de dolor y sufrimiento en el *habitus* del parto medicalizado

The Catharsis of Gravid Bodies. Experiences of Pain and Suffering in the *Habitus* of Medicalized Birth

José Manuel Hernández Garre
Universidad Católica de Murcia
jmhernandez@ucam.edu

Paloma Echevarría Pérez
Universidad Católica de Murcia
pechevarria@ucam.edu

María José Gomariz Sandoval
Universidad Católica de Murcia
mjgomariz1977@gmail.com

RESUMEN

El artículo explora las experiencias maternas ligadas al dolor y el sufrimiento en el marco del parto medicalizado. La información se obtuvo a través de la realización de una serie de entrevistas semiestructuradas realizadas a madres y padres que habían sido atendidos en un centro sanitario de corte intervencionista. El análisis se hizo desde un posicionamiento culturista crítico con las representaciones somaticistas de dolor. Los resultados hablan de unas dinámicas asistenciales que favorecen la transformación del dolor en sufrimiento, realidad que junto con las cosmovisiones culturales de la tecnociencia, que lo catalogan como un sinsentido, llevan a las madres a un tratamiento farmacológico estandarizado. La conclusión es que existe una hegemonía de las representaciones en clave biologicista del dolor en los contextos clínicos, perspectivas desde las que no se contemplan sus dimensiones morales, sociales y funcionales; minusvalorando, así, otros afrontamientos no farmacológicos del mismo.

Palabras clave: Parto hospitalario; Parto medicalizado; Somaticismo; Dolor; Sufrimiento.

SUMMARY

The article explores maternal experiences related to pain and suffering in medicalized birth. The information was obtained from a series of semi-structured interviews with parents who had been treated at an interventionist medical center. The analysis was made from a culturist position which is critical of the somaticist representation of pain. The results suggest assistance dynamics which favor the transformation of pain in suffering, a reality which, together with cultural world views of science and technology, is classified as nonsense, leading mothers into standardized pharmacological treatment of pain. We conclude that there is a hegemony in the biologicist representation of pain in clinical settings, with perspectives that fail to contemplate its moral, social

and functional dimensions, thereby underestimating the value of other non-pharmacological approaches.

Key words: Hospital Birth; Medicalized Birth; Somaticism; Pain; Suffering.

1. INTRODUCCIÓN

El dolor es un fenómeno universal que atraviesa culturas y periodos históricos (Kleinman *et al.* 1992), es una realidad consustancial al ser humano cuya idiosincrasia se ha prestado a diferentes posicionamientos ontológicos, seguramente en un intento por simplificar su inextricable complejidad. En este sentido, las cosmovisiones abarcan un *totum revolutum* ideológico donde encuentran cabida posicionamientos teóricos tan variopintos como los somaticistas, neuropsicológicos y culturalistas.

Desde los abordajes biologicistas el dolor se ha interpretado en clave de experiencia objetiva mediada por un sistema específico de receptores y fibras nerviosas, por un cableado neuro-cerebral que conduce y procesa el impulso a través de un sujeto doliente convertido en una especie de un cuerpo máquina pasivo (Clarke 1986). Se trata, en definitiva, de un posicionamiento que concibe el dolor como una alteración o trastorno biológico, limitando el alcance de la experiencia a variables somáticas (Good 1994). De un intento por sustituir el lenguaje afectivo del dolor por un discurso técnico, elaborado desde perspectivas cognitivas (Kleinman y Benson 2004), que prima las decodificaciones biológicas del mecanismo del influjo doloroso (Craver y Darden 2005). Lógicamente desde las perspectivas somaticistas las respuestas de los pacientes no son tratadas en términos subjetivos, sino a través del altamente tecnificado lenguaje de la sintomatología y la patología (Luhman 2000). Perspectivas que parecen formar parte de una especie de instrumentalización biopolítica que quisiera someter las experiencias de la vida diaria en aras de un mayor control burocrático e instrumental del sujeto (Foucault 1990; Clarke *et al.* 2003; Rabinow y Rose 2006).

En contraposición a los postulados somaticistas se encuentran los posicionamientos neuropsicológicos, propuestos por investigadores como Melzak, Casey, Wall o Chapman, que intentan compendiar los enfoques neurológicos con los procesos complejos de discriminación psicológica del dolor. Se trata de perspectivas que ponen de relieve la existencia de diferentes y variadas puertas de entrada que median en las vías ascendentes y descendentes del dolor, actuando como filtros o compuertas que modulan la intensidad del mismo (Melzack y Wall 1965; Melzack 1973). Desde estas cosmovisiones se postula que no se puede desvincular el dolor de una entidad afectiva que le aporte significado, de una noción que hilvane al fenómeno fisiológico al padecimiento moral de la persona. El dolor sería, pues, una entidad compleja compuesta por dimensiones sensoriales, afectivas y cognitivas, y no un simple mecanismo de transmisión neurológica (Melzack y Casey 1968). Se trataría de una perspectiva desde la que se pretenden contemplar las relaciones circulares que se establecen entre el dolor, la emoción, la motivación y la conducta (Chapman 1980; Chapman, Sola y Bonica 1979). De manera que ya no sería suficiente valorar el dolor a través de los indicadores biomédicos clásicos, sino que habría que añadir aspectos como el bienestar psicológico, el funcionamiento físico o la relación familiar (Aaronson, Bullinger y Ahmedzai 1988; Spilker 1990).

Por último estarían las posturas culturalistas, defendidas por antropólogos como Kleinman, Good o Le Breton, que introducen las dimensiones culturales y colectivas a la experiencia dolorosa, ligándolas, en cierta medida, a la noción de *embodiment*¹. Se trataría de delimitar las interconexiones entre los procesos fisiológicos y los significados y relaciones sociales ligados a la experiencia interior (Kleinman 1988), de un intento por perpetuar el lenguaje afectivo del dolor frente al discurso técnico elaborado desde la perspectiva cognitiva (Kleinman, Fox y Brandt 1999). Desde la perspectiva culturalista se insiste en que los procedimientos médicos no pueden ignorar los valores, sentidos y perspectivas de los pacientes, no pueden soslayar la forma en que el dolor es experimentado en sus vidas a través de su red social (Kleinman y Benson 2004). Se trataría de liberarse, en cierta medida, de las visiones exclusivamente orgánicas del dolor para adentrarse en las categorías morales utilizadas por los propios pacientes (Giddens 1991). En este sentido, tal como apuntan antropólogos como Gadamer (1996) o Le Breton (1999), se podría tratar el dolor y el sufrimiento como dos realidades que partiendo una misma sensación biológica constituyen entidades vivencias y morales diferentes, ya que mientras el dolor se resignificaría en un proceso más amplio, siendo identificado como una causa útil, el sufrimiento supondría una experiencia moral negativa al carecer de sentido, ni servir a un fin. La idea matriz es que para comprender todas las sensaciones y vivencias nociceptivas desde su complejidad no basta con poner atención meramente en el cuerpo, sino también en el individuo y en toda la idiosincrasia que supone su historia personal, familiar, social y cultural (Le Breton 1999). En definitiva, se parte de la idea de que el dolor es una experiencia individual, intransferible, universal y milenaria impregnada de su propia constelación cultural (Porta 2010). Los diferentes posicionamientos teóricos reflejan, pues, la complejidad de una realidad biopsicosocial mediada por respuestas físicas, conductuales, cognitivas, emocionales y culturales (Di Blasi *et al.* 2001).

Dentro de este universo de sensaciones nociceptivas el dolor de parto constituye una entidad específica bien delimitada, que entra a formar parte de ese grupo de sensaciones nociceptivas que pueden ser resignificadas en un proceso más amplio cuya meta final es el nacimiento de un bebé. Además, se trata de un dolor limitado en el tiempo por lo que no siempre tiende a transformarse en un sufrimiento impreso en la memoria (Allué 2004). Como cualquier otro dolor está también modulado por diversos factores como las experiencias previas, los recursos psicológicos, o las visiones culturales, resultando la fisiología, pues, insuficiente para esclarecer todos los factores que están imbricados en su vivencia (Moscoso 2011). Se trata de un dolor que ha sido también abordado desde perspectivas culturalistas en el marco de lo que se ha dado en llamar como antropología del parto. Subdisciplina que encuentra su eclosión a partir de los años setenta con una serie de estudios internacionales² que ponen en relieve que el parto es un proceso biológico moldeado culturalmente. En España existen claros exponentes de este tipo de trabajos antropológicos centrados en el parto y la re-

¹ Posicionamiento de la ciencia cognitiva que sostiene que el comportamiento inteligente surge de la interacción entre el cerebro, el cuerpo y el mundo. En este sentido es interesante consultar trabajos como los de Csordas (1994) o Pandolfi (1993).

² Algunos de estos estudios son los realizados por Nancy Stoller Shaw (1974), Shelia Kitzinger (1979), Emily Martin (1987) o Robbie Davis Floyd (2001).

producción, produciéndose un nuevo impulso de los mismos a partir del año 2005, seguramente como consecuencia de una corriente crítica con la excesiva medicalización de los partos normales³. Muchas de estas etnografías se han centrado en el estudio del parto en los contextos institucionales, en el marco de lo que autores como David-Floyd (2001) han denominado como paradigmas de atención tecnocráticos. Se trata de perspectivas típicas de la biomedicina, centradas en la dimensión biológica y caracterizadas por la excesiva medicalización, tecnologización y protocolización-mecanización de los partos normales (Hernández y Echevarría 2014). Es lo que se ha dado en llamar con sobrenombres como parto medicalizado u hospitalario-intervencionista, y que supone hoy día la modalidad de parto más común, mayoritaria y legitimada en los países con acceso a la tecnología sanitaria (Hernández 2011; Montes 2007; Blázquez 2009; Martin 1987). Se trata de «un modelo intervencionista e institucionalizado que ha sido caracterizado por autoras como Nancy Stoller (1974) con atributos como la medicalización, la institucionalización, la fragmentación del cuidado, la tecnologización, el monopolio médico o la somatización de las experiencias. Entre los estudios nacionales más recientes, de esta línea de investigación, se encuentra el de Patricia Nuñez (2014) que achaca el incremento de la sensación álgida en los partos medicalizados a factores como la incertidumbre, la falta de control y comprensión, el sometimiento a intervenciones dolorosas innecesarias o la falta de apoyo emocional y acompañamiento continuo.

Todo este interés por los aspectos vivenciales del parto se ha trasladado también a entidades como la Organización Mundial de la Salud. Institución que viene emitiendo una serie de documentos (OMS 1985; 1996) cuyo objetivo ha sido promover una mayor humanización e investigación sobre las praxis y tecnologías de atención al parto normal. Interés que ha sido también secundado por diferentes organismos de nuestro país, como el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC 2007, 2010a, 2010b), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO 2008a) o la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME 2008), que desde 2007 insisten en la necesidad de evitar la medicalización excesiva de los partos hospitalarios de bajo riesgo, situando la excelencia de éstos en aspectos como la actitud expectante, la promoción de un entorno humanizado y el respeto a las necesidades emocionales de las madres. Desde estas premisas, y partiendo de la base de que el dolor se presenta en casi todas las situaciones clínicas de los partos hospitalarios, salvo en las cesáreas programadas, el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC 2007, 2010a, 2010b) ha apostado por una abordaje del dolor en los partos institucionales más multidimensional, que incluya intervenciones al margen de las tradicionales medidas farmacológicas como la epidural o las sedaciones. En este sentido, se promueven métodos no farmacológicos como el apoyo emocional, el acompañamiento de un familiar, la libertad de movimientos, el uso de pelotas de goma, la inmersión en el agua, la inyección de agua estéril en el rombo de michaelis, la psicoprofilaxis, los masajes, la relajación o el uso de estimulación nerviosa transcutánea. Las medidas vienen avaladas por una serie de estudios (Hodnett *et al.* 2005; Lally *et al.* 2008) que apuntan que la percepción del

³ Entre los trabajos que pertenecen a una corriente crítica contra la excesiva medicalización de los partos podemos destacar entre otros los de Imaz (2001), Montes (2007), Blázquez (2009), Hernández (2011), y Hernández y Echevarría (2014; 2015; 1016).

dolor y la satisfacción de las madres está relacionada con un mayor control materno en la toma de decisiones, con el cumplimiento de las expectativas y con una mayor participación materna en el proceso.

El marco de ese debate científico y social que reflexiona sobre las limitaciones de los abordajes excesivamente somaticistas del dolor en los partos institucionalizados se enmarca el presente estudio. El objetivo ha sido explorar las experiencias maternas ligadas a los procesos de dolor en el contexto del parto medicalizado, contrastando si las nuevas recomendaciones de los organismos oficiales, que apuestan por un afrontamiento más holístico del dolor, han sido también secundadas en el caso de los partos hospitalarios, o si por el contrario éstos siguen aún anclados en los tradicionales abordajes somaticistas. Se trata, en definitiva, de abordar el fenómeno de estudio desde una perspectiva fenomenológica que investigue si el abordaje multidimensional del dolor de parto es una asignatura pendiente en nuestro contexto (Allué 2004), o si por el contrario se trata de un tema ya superado. Los análisis se han realizado desde un posicionamiento crítico-posmoderno⁴ que, desde una perspectiva culturalista, reflexiona sobre la repercusión que pueden tener las representaciones biomédicas del dolor en clave somaticista sobre las experiencias maternas.

2. METODOLOGÍA

La naturaleza de la investigación determinó la elección de un enfoque cualitativo que permitiera profundizar en el estudio del sufrimiento humano, enmarcándolo en un contexto social y moral particular que permitiera interpretar el sentido de las prácticas que se daban en él (Kleinman 1999; Kleinman y Benson 2004). Se trataba de recoger los aspectos vivenciales de los partos hospitalarios desde la perspectiva «emic», partiendo de la base de que las madres y los padres tenían su propio punto de vista (Taylor y Bogdan 1987), lo que implicaba recoger los testimonios acerca de cómo se percibían a sí mismos y a la realidad que les rodeaba (Menéndez 2000). Se ha buscado con ello «caracterizar con mayor precisión las representaciones, experiencias y prácticas sociales» (Osorio 2001: 43) de las madres y padres, con la intención de obtener los datos más valiosos y conseguir las interpretaciones más adecuadas (Menéndez y Di Pardo 1996). En este sentido, el enfoque cualitativo posibilitaba la aproximación a las claves explicativas de los aspectos estructurales del mismo (Bourdieu y Wacquant 1995), siendo además un método de investigación cada vez más utilizado en el campo sanitario al enriquecer sobremanera las perspectivas epidemiológicas (Caprara y Lamdin 2008; Janes, Stall y Gifford 1986).

⁴ Posicionamiento desde el que se cuestionan las verdades absolutas defendidas desde las ideologías modernistas, y se piensan que la certeza no es más que una verdad relativamente interpretada y por lo tanto incierta. Posicionamiento desde el que se cuestiona el quehacer de las diferentes instituciones sociales y políticas.

2.1. CONTEXTO DEL ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en el año 2010 en un Área de Salud del sur de España que da cobertura a 158.680 habitantes distribuidos en seis municipios, compuestos, a su vez, por diez zonas básicas de salud. El Área estaba dotada de un hospital comarcal público, que disponía de 407 camas, de tres Servicios Ambulatorios de Urgencias, de dos centros de Salud Mental, de nueve Centros de salud y de veintisiete Consultorios locales. Contaba también con un paritorio ubicado en el hospital, donde se asistían todos los partos del Área, con un quirófano para urgencias obstétrico-ginecológicas, anexo al paritorio, con dos consultas tocológicas ambulatorias, con una consulta tocológico-hospitalaria de alto riesgo y con ocho consultas ambulatorias de seguimiento del embarazo normal llevadas por matronas. El personal obstétrico estaba formado por trece obstetras, doce anestelistas, veintiuna matronas y dieciséis auxiliares de enfermería. Estando a su vez el personal de guardia del paritorio integrado por dos obstetras, dos matronas, dos auxiliares y un anestelista que atendía tanto las urgencias generales como las obstétricas, ello implicaba que las epidurales intraparto tuvieran que esperar en caso de que se presentara otro paciente considerado de urgencia.

En los cinco años previos al estudio el centro presentó una media de 1705 partos anuales (4.67 al día) con cifras medias muy elevadas de cesáreas (31%), partos instrumentados (25%), inducciones de parto (29%), episiotomías (50%), uso de oxitocina (75%), amniorrexis artificiales (50%) y administración de analgesia locoregional (60%). Ello, junto con un itinerario asistencial marcado por el control e intervencionismo sistemático de los partos de bajo riesgo, lo constituían en un ejemplo paradigmático del patrón asistencial medicalizado en el marco del cual se quería abordar el fenómeno de estudio, razón por la que se optó por dicho centro. Por último, hay que señalar que el hospital, en consonancia con la Ley de Derechos y Deberes de los Usuarios (2009), recogía expresamente el derecho de las pacientes a estar acompañadas por un familiar durante el proceso de parto. Por motivos de confidencialidad, y siguiendo las indicaciones del centro, se ha preferido mantener el anonimato del mismo.

2.2. TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS

Los datos se obtuvieron a través de la realización de una serie de entrevistas en profundidad a mujeres que habían dado a luz en el ámbito hospitalario desde la perspectiva intervencionista. También se incluyeron una serie de entrevistas a los acompañantes del parto con el objetivo de complementar la información aportada por las madres, creíamos que ello era de interés para contrastar los testimonios maternos. Las entrevistas fueron semiestructuradas siguiendo un guión abierto que generara una línea discursiva no fragmentada, segmentada o precodificada (Taylor y Bogdan 1987; Grele 1991). Se realizaron de forma individual en la sala de lactancia de la planta de maternidad de dicho hospital, al ser un espacio privado y sin interferencias externas. Fueron realizadas durante el turno de tarde, momento en que disminuían las rutinas clínicas, en el periodo comprendido entre el 1 de Febrero y el 31 de Marzo de 2010, y durante los primeros días tras el parto, con el objetivo de que el relato no fuera tamizado por el tiempo, ni perdiera su nitidez y autenticidad. Se llevaron a cabo tras

conseguir la autorización del Centro y el consentimiento informado de los implicados, asegurando en todo momento la confidencialidad mediante la asignación de un código encriptado que no permitiera su identificación.

2.3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para dar validez interna a la muestra se siguió el criterio de saturación del discurso y la utilización del principio de intersubjetividad. En este sentido, la heterogeneidad de las gestantes del área de estudio, y la multiplicidad de factores vivenciales y biográficos que podían afectar a la vivencia del dolor, determinó la necesidad de homogenizar la misma, siguiendo para ello los siguientes criterios de selección:

- Edad materna entre 25 y 35 años (74% de la población).
- Nacionalidad española (67% de la población).
- Situación de pareja fija y heterosexual.
- Nivel socioeconómico estable.
- Primiparidad (54% de la población).
- Embarazo de bajo riesgo (76% de la población).
- Y gestación deseada (91% de la población)⁵.

El objetivo perseguido con la elección de estos criterios de selección fue doble, por un lado recoger los perfiles más prevalentes de la población y por otro evitar posibles factores de confusión que pudieran distorsionar las experiencias maternas ligadas al dolor. En este sentido, se ha demostrado que factores como las edades extremas (SEGO 2008b), las perspectivas culturales diversas (Luque y Oliver 2005), las relaciones inestables (Schwarz 2008), las dificultades económicas (SEGO 2008b), las experiencias dolorosas negativas previas (Baroni, Vilela, Scorsolini 2013), las patologías gestacionales o los embarazos no deseados (SEGO 2008b) pueden distorsionar la experiencia dolorosa aumentando la sensación álgida, generando discrepancias vivenciales de carácter étnico o influyendo negativamente en la percepción o aceptación de la vivencia del parto. Factores de confusión ajenos a la naturaleza de la investigación, que podían distorsionar las experiencias dolorosas propias de este paradigma asistencial medicalizado.

Para la determinación del tamaño de la muestra se siguieron las recomendaciones de los hermanos Bertaux (1993) utilizando el criterio de saturación, entendido éste como la situación a la que se llega después de haber recogido el relato de un determinado número de informantes. En este sentido, la información se saturó tras la realización de 20 entrevistas, razón por la que la muestra final estuvo configurada por 20 participantes, 15 madres y 5 padres. En cuanto a las características de la muestra hay que señalar que nueve de las madres iniciaron el parto de forma espontánea y seis de forma inducida, once se administraron la anestesia epidural y diez terminaron su parto de forma vaginal, por cinco que lo terminaron por cesárea. Como ya se ha comen-

⁵ Las cifras hacen referencia a los porcentajes recogidos en los registros del centro, tomando como población el total de mujeres que dieron a luz en el año 2010. No existen registros sobre el tipo de pareja y el nivel socioeconómico por lo que el acceso a la información se consiguió mediante un sondeo previo a los participantes del estudio.

tado en los criterios de selección, todas eran españolas, con pareja y situación socioeconómica estable, primíparas, con embarazo de bajo riesgo, con gestación deseada y con edades comprendidas entre los 25 y los 35 años (25, 26, 26, 27, 28, 29, 29, 30, 30, 31, 31, 33, 34, 34, 35). En cuanto a los acompañantes los cinco eran hombres y parejas de las parturientas, cuatro eran españoles y uno ecuatoriano y sus edades estaban comprendidas entre los 28 y 42 años (28, 31, 33, 34, 42).

2.4. ANÁLISIS

Los testimonios fueron grabados e íntegramente transcritos, siguiendo las recomendaciones de Jesús Ibáñez (1979) que aconsejan introducir para su análisis un orden en los discursos. También se tuvo en cuenta, en línea con lo apuntado por Jociles Rubio (2005), la eficacia simbólica de los contextos de origen donde se producían los relatos, partiendo para su análisis de una perspectiva culturalista del dolor que reflexionara sobre el efecto que las perspectivas excesivamente somaticistas podían tener en las experiencias álgicas maternas. El foco de atención se puso en tres categorías analíticas: las vivencias maternas del dolor en el marco del parto medicalizado, las estrategias tradicionales o farmacológicas desplegadas contra el dolor y los afrontamientos no farmacológicos o multidimensionales relatados por los informantes, utilizando para la selección de los fragmentos relacionados el programa de gestión de datos cualitativos MAX.QDA. Los testimonios fueron bastante homogéneos para cada una de las categorías de análisis, dibujando, con pequeñas discrepancias, las principales experiencias relacionadas con el fenómeno de estudio.

2.5. LIMITACIONES

Somos conscientes de que las relaciones durante la investigación nunca son totalmente neutras ni simétricas. En este sentido, hay que mencionar ciertas limitaciones relacionadas con la perspectiva desde la que se hizo el análisis, que pretendió poner voz a las madres y sus acompañantes en el marco de una perspectiva crítica con las cosmovisiones clínicas del dolor excesivamente biologicistas. Por ello el foco de interés se centró fundamentalmente en el diagnóstico de las deficiencias relatadas por las madres y sus acompañantes en cuanto a la gestión de las experiencias nociceptivas, soslayando así la perspectiva de otros implicados en el proceso como los profesionales.

Otra de las limitaciones del estudio fue la de la total representatividad de los resultados, el problema surgió por la dificultad de abordar un fenómeno de estudio a través de lo que Marcel Mauss (1966) denominara como una «individualidad tipo», es decir, un informante representativo de esa cultura. Por ello no pretendemos que los resultados sean totalmente categóricos ni extrapolables a todas las madres y padres, sino reflejar aquellas experiencias más comunes en relación al fenómeno de estudio, refiriéndolos, claro está, únicamente a la tipología de madres especificada en los criterios de selección del estudio y al contexto medicalizado del parto. En este sentido, y pese a las limitaciones, creemos que la investigación ha conseguido recoger, con

suficientes garantías, las experiencias dolorosas más comunes que esta tipología de madres experimenta en el marco de los partos hospitalarios e intervencionistas.

3. RESULTADOS/DISCUSIÓN

La comprensión de los testimonios de la tipología de madres seleccionada para el estudio pasa por la inserción de su experiencia en el contexto en el que se produce, las rutinas hospitalarias. Hay que ser conscientes de que las praxis del nacimiento «se construyen en gran medida a partir de representaciones y prácticas sociales» (Menéndez 1998: 46), edificándose en el ámbito de una cultura desde la que se interpretan y dan significación (Otegui 2000). Así, pues, «las «cosmovisiones» sociales del parto (...) han evolucionado, «en nuestra sociedad», paralelamente al progreso social y tecnológico» (Montes 2007: 50), poniendo de manifiesto «las formas de poder y dominación» (Otegui 2000: 229) de ésta. Por tanto, el discernimiento del dolor en el parto pasa por su análisis desde la matriz cultural en la que se inserta, en este caso en el «habitus» de un paradigma asistencial hospitalario, intervencionista, medicalizado y biotecnológico.

3.1. DE CATARSIS INDUCIDAS. LA CONVERSIÓN EN «CUERPOS SUFRIENTES»

Una línea directriz que cruza casi todos los relatos de las informantes es la rápida transformación de las sensaciones dolorosas que se produce cuando las madres son sometidas a una serie de rutinas clínicas, que parecen estandarizadas, como la rotura artificial de membranas o la administración de oxitocina. Estas praxis rutinarias, cuya finalidad parece ser la aceleración de los partos, se producen al margen de las recomendaciones de las diferentes guías de asistencia al parto normal (MSC 2007, 2010a, 2010b; SEGO 2008a; FAME 2008), que no recomiendan la administración rutinaria de oxitocina en los partos normales, y de la evidencia científica, que muestra que no está claro que estas praxis disminuyen realmente los tiempos en los partos de bajo riesgo (OMS 1996; Caughey *et al.* 2009). Pese a ello, los testimonios hablan de una auténtica purga, de una especie de catarsis corporal por la que los «cuerpos dolorosos» se transforman rápidamente en «cuerpos sufrientes» preparados para la inhibición farmacológica:

«Desde que empecé aquí en el paritario no tenía, notaba las contracciones pero no eran dolorosas, luego con la oxitocina pues me la fueron subiendo poco a poco hasta 80 y ahí fue cuando (...) se me multiplicó por 10 o por 20 el dolor que estaba experimentando al principio» (mujer, 25 años, parto vaginal).

En este sentido, parece, como apuntan autores como Foucault (1990), Clarke *et al.* (2003) o Rabinow y Rose (2006), que los hospitales se han convertido en el lugar privilegiado para la medicalización colectiva, transformándose, en cierta medida, en una estrategia «biopolítica» que garantiza el control estatal de la reproducción humana. Estaríamos, en línea con lo apuntado por Blázquez (2009), ante una visión productivista del parto que, desde nociones tayloristas, pretende acortar los tiempos del proceso productivo de bebés mediante la administración exógena de fármacos como la oxitocina. Realidad que determinaría, en parte, la pérdida de control de las madres

y la dependencia de los expertos. En este marco los propios relatos maternos muestran como el miedo (Cardús 2014), «el «no sentido» del dolor (...) acrecientan» su intensidad (Le Breton 1999: 30), haciéndose difícil de soportar:

Yo cuando me pincharon la oxitocina notaba las contracciones el triple de fuerte que algunas mías, que yo las había contado en la gráfica mucho más altas y mi marido me decía (...) si vas por treinta y has aguantado ciento y pico, y yo decía pero no son iguales» (mujer, 29 años, parto vaginal).

Parece como si desde este prisma medicalizado la mujer perdiera su «*locus* de control interno»⁶, sus armas de control al romperse el equilibrio entre la secreción natural de oxitocina y endorfinas (Odent 2005), y sin esta protección natural el dolor es percibido de manera muy distinta: «Cuando me pincharon la oxitocina sí que ahí noté yo diferencia, bastante diferencia» (mujer, 31 años, parto vaginal). Dolor y contracciones inducidas que, a tenor de los testimonios maternos, se convierten poco a poco en una experiencia insostenible, transportando a las madres a una espiral álgida, a un sinsentido doloroso difícil de asumir:

Fuertísimo, fuertísimo porque yo decía: si me tienen que dar más para llegar a parir, claro yo decía y cómo me va a dar más, yo me decía a mí misma como me va a dar más dolor, yo no lo sé cómo puede ser que te dé más dolor» (mujer, 34 años, parto vaginal).

Parece que la administración de uterotónicos propiciara la rápida conversión desde un dolor resignificado por la madre como parte del nacimiento de su bebé, hasta un sufrimiento desprovisto de sentido y fin en sí mismo. De ello dan testimonio los propios relatos maternos que hablan de una sensación dolorosa mucho más liviana cuando se respetan los mecanismos y ritmos naturales del parto, como en el caso de las madres que hicieron parte de la dilatación en casa: «Cuando estaba con mis contracciones naturales, por así decir, bien, me sorprendí hasta yo de lo que lo aguantaba» (mujer, 26 años, parto vaginal). Habiendo madres que incluso dan sentido, tanto en el campo funcional como en el moral, al dolor experimentado en sus partos (Bensaid 1986):

Creo que como mujer y como tradición, por decirlo de alguna manera, tienes pues la necesidad de saber qué es tener un hijo, y quieres pasarlo pues como nuestra madre y nuestra abuela, de sentir el dolor y de vivirlo (...) eso es un poco de instinto nuestro (mujer, 26 años, parto vaginal); «Yo quería sentir el dolor de cómo salía mi hijo» (mujer, 26 años, parto vaginal).

Se trata de una realidad puesta en valor por activistas del parto como Sheila Kitzinger (1979), Michael Odent (2005), Emily Martin (1987), Barbara Ehrenreich o Deirdre English (1978) que, desde perspectivas ecofeministas, defienden la vuelta a perspectivas más naturistas del parto que respeten sus ritmos naturales de evolución. Y es que como apunta Marta Allué (2004) parece que el dolor infligido por los sani-

⁶ En la pérdida de *locus* de control interno de las madres también influyen otros factores al margen de la organización hospitalaria. Factores como el propio umbral doloroso de las madres, sus situaciones personales, sus cosmovisiones culturales, el apoyo ejercido por sus acompañantes o las diferentes perspectivas de los profesionales.

tarios es más difícil de soportar que el dolor producido por las propias contracciones espontáneas:

Menos doloroso, mucho menos (...) sí, yo llegué con 6 cm. dilatados porque yo esperaba, como todo el mundo te pone el parto como algo que te tienes que poner muy mal, yo cuando llegué aquí me vieron, pues si vienes ya con la mitad del trabajo hecho (mujer, 34 años, parto vaginal).

En contextos respetuosos con los ritmos naturales, como ocurre en los domicilios, parece que recursos maternos como la relajación, el uso de las respiraciones, la libertad de movimientos, las duchas de agua tibia, la inmersión en el agua o el apoyo efectivo de los familiares resultan efectivos para afrontar el dolor del parto (Castrillo 2015). Sin embargo, tal como apunta Llorca (2004), cuando se tiene la percepción de pérdida de control sobre sí mismo se produce el desamparo y la búsqueda de un escape de la situación. En este sentido, una vez que el ritmo de las contracciones se acelera de forma exógena los recursos maternos antes mencionados resultarían insuficientes para afrontar el dolor, poniendo a las mujeres a expensas de la providencia clínica. Se trata de una verdadera metamorfosis, de una purga, de una auténtica catarsis por la que los «cuerpos dolorosos» pierden parte de sus recursos de autogestión al incrementarse artificial y farmacológicamente la cadencia de las contracciones. El resultado parece ser la conversión de las madres en una especie de «cuerpos sufrientes» preparados para la biointervención anestésica que acaba perpetuando la hegemónica visión somaticista del dolor.

Parece, pues, que el dolor es interpretado desde perspectivas muy diversas según donde fijemos el foco, así algunas madres, desde posturas culturalistas o neuropsicológicas, le otorgan un sentido moral y funcional, mientras otras lo representan, desde posiciones somaticistas, como un sinsentido a anular, secundando así las posturas de la mayoría de los profesionales y de las instituciones. Estaríamos, como expone Davis Floyd (2001), ante una serie de representaciones enmarcadas en el seno de un nuevo paradigma tecnocrático que ha puesto en el control y la medicalización de los procesos normales sus expectativas de mejora de la propia corporalidad. Marco intervencionista —característico del parto hospitalario— que paradójicamente condiciona la experiencia del dolor en las madres al determinar, en gran medida, la rápida transformación del dolor en sufrimiento.

3.2. DE REDENCIONES FARMACOLÓGICAS. LA CONVERSIÓN EN «CUERPOS ANESTÉSICOS»

Las narraciones de la tipología de madres seleccionada para el estudio reflejan, llegados a este punto, la realidad de un «cuerpos sufrientes» preparados para la biointervención anestésica, parece que la dureza de las contracciones inducidas hace que las madres no puedan gestionar sus sensaciones álgidas mediante otros recursos no farmacológicos, demandando rápidamente la analgesia epidural:

Yo de hecho no era partidaria de epidural pero me cogió ya los riñones, después de la oxitocina se me pinzaron los nervios y (...) no me veía capaz por los dolores tan grandes que tenía (mujer, 30 años, cesárea).

Da la impresión de que una vez que el dolor es privado de sus mecanismos de afrontamiento natural, de sus significados sociales, se produce la necesidad imperiosa de evitarlo mediante la utilización de los medios técnicos disponibles, reforzándose la visión del dolor como una mera transmisión de impulsos a través del cableado nervioso. Se diría que estamos, en línea con lo expuesto por Taussig (1995), ante una ideología que ha olvidado los aspectos positivos, y la admiración, que durante siglos habían rodeado al nacimiento, desde la perspectiva del poder de los cuerpos maternos. Realidad que reflejan los propios relatos maternos al constatar que tras ser sometidas a la dureza del ritual intervencionista de paritorio la decisión más plausible es el uso de la epidural (Hernández y Echevarría 2015):

Yo estaba reventada, yo quería que me la pusiesen ya por favor» (mujer, 33 años, cesárea); «yo sentía ese dolor que nunca, nunca lo he tenido, y yo decía que me pusieran ya la epidural para no tenerlo» (mujer, 29 años, parto vaginal).

De esta manera, la posibilidad de vivir un parto sin epidural queda claramente condicionada por el incremento del dolor experimentado desde este abordaje medicalizado del parto:

Yo quería vivir un parto natural, pero cuando llegó y yo vi que las contracciones aumentaban con la oxitocina pues llegué a la conclusión de por qué pasar dolor (mujer, 29 años, cesárea); decía que ella la epidural no se la ponía, (...) ella quería hacerlo normal, pero no, no, no lo aguantó, el dolor no es el que ella se pensaba (padre, 34 años).

Los testimonios muestran, pues, unas mujeres instaladas en la paradoja de unas representaciones que rechazan la excesiva medicalización, abrazando opciones como el parto natural, pero que por otro lado se ven incapaces de gestionar el sufrimiento resultante de las rutinas medicalizadas. Así, desde la asunción del ritual intervencionista, la analgesia epidural se convierte en la solución mágica que libera del lance en parte inducido por la propia asistencia intervencionista:

Porque después estás fenomenal (...) porque yo ahí no sentía nada, era magia, era de haberme visto helada, temblando fatal, fatal, fatal, muerta de dolor por la oxitocina, a luego cuando me hace efecto (...) nada fenomenal (...) porque una vez puesta la epidural no sientes nada, al ratico tiene que hacer su efecto, es otro mundo, otro mundo (mujer, 27 años, parto vaginal).

Estamos ante una paradoja medicalizadora por la que los sufrimientos causados, en parte, por la administración de drogas como la oxitocina, son contrarrestados, a su vez, por el abastecimiento de nuevas pócimas farmacológicas que enmascaran los efectos de las primeras perpetuando el abordaje farmacológico y biologicista del dolor. El resultado es una emancipación del sufrimiento, que es vivida como una experiencia asombrosa, como una autentica experiencia que las redime del dolor permitiéndoles centrar su atención en otros aspectos del proceso.

Sin embargo, esta predisposición materna por el uso de la analgesia epidural no sólo se justifica por los sufrimientos inducidos por la propia dinámica medicalizadora del parto institucionalizado, sino que parece también formar parte de la matriz cultural de las madres que dan a luz en estos contextos:

Que te estoy diciendo que yo firmó ese consentimiento de la epidural, que yo no quiero ser una persona que sufra (...) sino vamos a acabar todo el mundo yéndonos a clínicas

privadas, que todo el mundo te susurra: yo no he pasado nada porque llegas «pu» te lo pones y ya está (mujer, 27 años, parto vaginal).

Los testimonios muestran pues como las mujeres han sido también modeladas por esta cultura tecnológica que rechaza el sufrimiento, por lo que entre sus necesidades y demandas también se encuentra la eliminación del dolor. Se trataría de un modelo de afrontamiento al parto encuadrado en lo que autores como Schmid (2010) han catalogado como «estilo de vida lineal», perspectiva desde la que las mujeres no se encontrarían preparadas para asumir las interrupciones vitales de la linealidad, optando por una cosmovisión tecnológica y somaticista del dolor. La explicación parece que habría que buscarla, según Montiel (1997), en una especie de metamorfosis cultural por la que el poder sobre las definiciones del dolor ha sido traspasado de la Iglesia Católica a las ciencias clínicas, pasando de ser representado como algo ineludible y purificador, que demostraba la calidad de la madre y fortalecía el vínculo con su hijo (Roca 1996; Imaz 2001), a algo indeseable e innecesario. En este sentido, una vez interiorizados los alegatos de la tecnociencia, los relatos maternos se hacen coparticipes de una representación en clave positiva de la epidural: «Debería de ponerse antes (...) no tener que estar una ahí pasándolo tan mal, porque yo llegue a pensar del dolor, del daño que sentía, yo llegué a pesar que no iba a querer ver a mi hijo» (mujer, 30 años, cesárea). Contexto en el que parece, como afirma Menéndez (1998), que se produce una homogenización de las representaciones negativas del dolor por el que «todas las mujeres, (...) que tienen su parto en los hospitales, tendrían integrada cierta ideología de un dolor insufrible pero evitable» (Montes 2007: 214). Desde estas representaciones biologicistas la mayoría de los testimonios maternos ponen su confianza en el uso de la analgesia epidural: «Todo el mundo te lo dice: que te crees si un parto es eso, pero si tienes esa posibilidad de la epidural porqué no te la vas a poner» (mujer, 27 años, parto vaginal). Su uso les sirve de redención, las ayuda a liberarse, en parte, de la dura experiencia que supone el parto medicalizado, pudiendo así centrarse en la criatura que está por venir.

Se puede observar, de esta manera, un consenso mayoritario con respecto al uso de la epidural en los contextos hospitalarios, consenso que parece mediado por la propia dinámica medicalizadora del parto institucionalizado, que hace que las madres transiten rápidamente del dolor al sufrimiento, pero también por las propias cosmovisiones culturales compartidas que representan al dolor como algo negativo, evitable y puramente biológico. El resultado final es la instauración de un tratamiento farmacológico estandarizado del dolor durante el nacimiento desde el que se desvaloriza, en cierta medida, los recursos de autogestión de las madres y otros afrontamientos del dolor no farmacológicos. Fármacos que, según los relatos maternos, generan, a su vez, nuevas limitaciones físicas dificultando la colaboración activa en el proceso:

Con la epidural el momento de empujar yo no lo notaba 100%, yo hacía toda la fuerza que podía pero no sabía si era efectivo o no (...) en caso de no tener la epidural sí que hubiera andado, porque yo en casa, un rato antes de venirme, cuanto me acostaba y me sentía mal me aliviaba levantándome (mujer, 28 años, parto vaginal).

Las madres experimentan, así, cierta pérdida de control sobre sus propios cuerpos que a la postre genera ansiedades y dudas sobre los resultados y la eficacia de su actuación en el parto:

Te crea un poco de ansiedad el tener la epidural y ver que tú no sabes de donde empujas, que lo haces, pero no sabes si está bien hecho (mujer, 26 años, parto vaginal); me quedaba duda de que al ponerme la epidural pudiera hacer que al final terminará siendo esto un parto por cesárea (mujer, 35 años, cesárea).

Parece que las madres asistidas desde la perspectiva medicalizada sufrieran una especie de transmutación que las hace pasar de «cuerpos dolorosos» a «cuerpos sufrientes», para acabar, tras la administración de la epidural, convertidas en «cuerpos anestésicos», es decir en cuerpos que han perdido parte de sus capacidades de movilidad, pujo, fuerza y capacidad de colaboración en el proceso de parto: «la verdad es que hombre estaba enchufada por todos sitios porque me tuve que poner la epidural, y ya sí que no tenía movilidad ninguna» (mujer, 31 años, parto vaginal). Las madres quedan, pues, expuestas a una tendencia medicalizadora, que acrecienta exponencialmente sus sufrimientos, a los discursos sobre el sinsentido del dolor en el parto, que las lleva a no resignificarlo, y a las limitaciones físicas producidas por el recurso reductor de la epidural, que las genera, a su vez, ansiedades sobre los resultados y la eficacia de su colaboración una vez transformadas en «cuerpos anestésicos». Se perpetúa, así, en cierta medida, la representación cultural del parto en clave somaticista, convirtiendo a las madres en diana de susceptibles riesgos e intervenciones (Corea *et al.* 1987) de los que paradójicamente sólo pueden salir airosas mediante el uso de la tecnología y de nuevas intervenciones.

3.3. DE ABORDAJES NO FARMACOLÓGICOS DEL DOLOR. UNA REALIDAD MARGINAL

Como ya se ha comentado, las últimas estrategias de atención al parto normal (MSC 2007, 2010a, 2010b; FAME 2008) apuestan por abordajes multidimensionales del dolor que, al margen de los tradicionales tratamientos farmacológicos, introduzcan nuevos métodos de gestión como el apoyo emocional, el acompañamiento de un familiar, la libertad de movimientos, la utilización de pelotas de goma, la inmersión en el agua, la inyección de agua estéril en el rombo de michaelis, la psicoprofilaxis, los masajes, la relajación o el uso de estimulación nerviosa transcutánea. A pesar de ello, y a tenor de los testimonios, los abordajes no farmacológicos del dolor parecen ser todavía una realidad marginal en el marco del parto medicalizado. Sólo algunos relatos hablan de afrontamientos del dolor más allá de los anestésicos, refrendando únicamente tres aspectos: el apoyo emocional, la utilización de pelotas de goma durante la dilatación o el acompañamiento de los familiares.

En este sentido, las madres ponen de relieve la importancia de una gestión emocional adecuada, valorándola por encima de otros aspectos técnicos de la atención:

Más que a la tecnología quizás al parto en sí, que se haga con métodos más avanzados o menos avanzados yo que sé, no (...) pero un poco más sobre todo tema emocional, sí, más que nada porque te encuentras muy sola (mujer, 29 años, parto vaginal).

Se trata de un tema que ya ha sido puesto en valor por la evidencia científica, que apunta que las madres que reciben apoyo emocional presentan menores índices de uso de analgesia epidural, sensación dolorosa, parto instrumental y cesárea, y un mayor grado de satisfacción (Hodnett *et al.* 2005, 2007):

Llegas con el miedo, yo era un primer parto, no sabes lo que es, llegas con el dolor y claro que te estén preguntando y arropando y queriendo que estés bien, pues es lo primero que miras, porque llegas con ese miedo, y con el no saber y entonces eso te ayuda bastante a sentirte bien» (mujer, 27 años parto vaginal).

Parece que las madres dan un gran valor simbólico al apoyo emocional, convirtiéndolo en sus discursos en un elemento clave para gestionar el dolor durante el duro trance del parto: «Se preocupó muchísimo: cómo vas, que esto, que lo otro, venga vamos a hacerlo así, asao (...) se preocupó mucho por mí» (mujer, 34 años, parto vaginal). Otra estrategia antiálgica que parecen poner en valor algunas madres, es la utilización de pelotas de goma durante la dilatación: «Me sacaron la pelota desde el primer momento, y en la pelota estuve mucho rato porque me sentía cómoda para empujar» (mujer, 26 años, parto vaginal). Pero sin duda el aspecto que más parecen agradecer las madres es la posibilidad de tener el acompañamiento de un familiar: «Me gustó mucho el acompañamiento de él por supuesto, porque cuando no estaba (...) yo lo necesitaba (...) yo también, yo también necesitaba que estuviera él» (mujer, 27 años, parto vaginal). En este sentido, la mayoría de las madres que pudieron compartir el parto con sus parejas encuentran significado y utilidad a su presencia:

Digo tú avísame cuando bajen las contracciones en la máquina porque el apoyo que me dice que baja, que baja (...) descansaba y decía ya bajan y me agradaba que estuviera ahí, luego que por ejemplo él me llevó un abanico y estaba abanicándome cuando me daba calor (...) pues también era un aspecto agradable en ese momento para mí, y si hubiera estado sola? (mujer, 31 años, parto vaginal).

Las madres diferencian además el apoyo emocional aportado por el acompañante del prestado por los profesionales, ligándolo a mayores grados de intimidad y significación personal: «Sí porque ya al estar él tenía un apoyo emocional, porque puede haber gente que estén más o menos cualificados, pero no son familiares, no es la persona a la que le está agarrando la mano» (mujer, 27 años, parto vaginal). Realidad que también refutan los acompañantes, mostrando, en su mayoría, una actitud proactiva (Gotzon 2001) en cuanto a la participación en los partos:

Eso es una experiencia que no, que vamos que no tiene precio, ni con dinero ni con nada» (padre, 28 años); Me he sentido muy de cerca de ella, y creo yo que todos los hombres deberían de pasar por ese momento para sentirlo y estar ahí con ellas porque es algo que conlleva un montón (padre, 33 años).

En cuanto a otras estrategias como la inmersión en el agua, los masajes, la inyección de agua estéril o el uso de estimulación nerviosa transcutánea no se ha encontrado ninguna referencia en los testimonios, parece que se tratara de estrategias no integradas en el itinerario clínico habitual del parto medicalizado.

El abordaje multidimensional del parto parece ser todavía una cuestión marginal en los contextos institucionalizados. Realidad que se dibuja, además, sobre todo un océano de testimonios que hablan de experiencias tamizadas por la ausencia de apoyo emocional: «Es que ni mirándote (...), o sea no, se echó encima y no le di porque no podía, no tenía fuerzas, ni podía ni decirle nada porque no tenía fuerzas, pero nada ni explicarte, ni decir que oye que te voy a empujar, tranquila, duele mucho pero bueno, nada absolutamente nada» (mujer, 26 años, parto vaginal), por la imposi-

bilidad de tomar decisiones (Hernández y Echevarría 2016): «Decisiones tú no puedes tomar ninguna, las decisiones las toman ellos, tú, yo es que estás en un sitio que tienes que hacer lo que ellos hacen, lo que ellos te hagan» (mujer, 35 años, cesárea), por el impedimento para tener libertad de movimientos: «No me sentaron, y se lo dije, digo si podía estar sentada y me dijo que no (mujer, 30 años, cesárea); le consultó y no, no, no, no por Dios no, no, no vaya a ser que se caiga, no vaya a ser que no sé qué, que no sé cuánto» (padre, 41 años), y por las dificultades para compartir la experiencias con sus acompañantes:

Yo me hubiera gustado que hubiese estado allí, porque hombre el dolor no te lo va a quitar pero tienes una chispa de alivio, tú sabes dónde está él, él sabe dónde estás tú y quieras que no es otra cosa (mujer, 29 años, parto vaginal); Lo peor no poder ver a mi marido aunque sea por la puerta, aunque sea verlo, que parece que te alivia (mujer, 26 años, parto vaginal).

Parece, pues, que éstas no son las mejores estrategias para conseguir el abordaje holístico del dolor preconizado por los diferentes organismos sanitarios, sino simplemente el resultado de la hegemonía de una serie de discursos técnicos elaborados desde perspectivas cognitivas (kleinman y Benson 2004), que en los contextos medicalizados parecen dan prelación a las representaciones fisiológicas del influjo doloroso (Craver y Darden 2005).

4. CONCLUSIONES

Los testimonios del perfil de madres seleccionadas para el estudio hablan de toda una serie de experiencias maternas consecuentes con el «habitus» hospitalario e intervencionista en el que se producen, hablan de «cuerpos doloridos» que parecen sufrir una especie de catarsis personal, una especie de purificación farmacológica que los lleva a transitar rápidamente del dolor al sufrimiento. En este sentido, los engranajes culturales ligados a la tecnociencia se decantan por una representación del dolor en clave de sinsentido, óptica desde la que es difícil su resignificación en un contexto más amplio como es el nacimiento. El resultado final parece ser la instauración de un tratamiento analgésico estandarizado para el dolor desde el que son infravalorados los recursos de autogestión de las madres u otros recursos no farmacológicos. Parece que, una vez sometidas al duro ritual medicalizado en paritorio, las madres quedaran desarmadas de parte de sus armas naturales de afrontamiento al dolor. Ello, junto al hecho de que son coparticipes de una matriz cultural que lo representa como algo evitable, las lleva a simbolizar la analgesia epidural como el mecanismo redentor que las libera de un trance medicalizado impregnado por nociones productivistas y biopolíticas. Parece, pues, que estamos ante una triple paradoja: la medicalización, que incrementa exponencialmente los sufrimientos, las representación en términos de sinsentido, que lleva a no resignificarlo, y las propias limitaciones físicas generadas por el uso de la epidural, que perpetúa la cosmovisión del parto en clave somaticista.

Las experiencias de las madres dibujan una gestión del dolor en la que los abordajes no farmacológicos constituyen una realidad marginal, realidad que habla de relatos minoritarios de apoyo emocional, utilización de pelotas o acompañamiento de los fa-

miliares, pero que aún no versa sobre experiencias de inmersión en el agua, masajes, inyecciones de agua estéril o estimulaciones nerviosas transcutáneas. Además, estas realidades se dibujan sobre un mar de fondo en el que abundan los testimonios de falta de afectividad profesional, de discriminación en la toma de decisiones, de imposibilidad de ejercer el libre albedrío de movimientos o de experiencias de soledad.

Parece, pues, que estamos ante una configuración asistencial cuyo *modus vivendi* se configura desde la comprensión de las liturgias medicalizadoras propias de los habitáculos tecnológicos de la procreación. Disposición cuyo mantenimiento dependerá de la persistencia de ciertas perspectivas somaticistas que parecen ser hegemónicas en los contextos medicalizados, y desde las que no se contemplan las dimensiones morales, sociales y funcionales del dolor, a la vez que se minusvaloran otros tipos de afrontamiento no farmacológicos. En este sentido, quizás en el futuro habrá que reflexionar sobre la posibilidad de implementar abordajes multidimensionales del dolor que contemplen otras actuaciones al margen de los tradicionales tratamientos farmacológicos, aunando así las dinámicas institucionales con abordajes más diversos del dolor. Creemos que ello pasa por una comprensión holística del proceso, que huyendo de reduccionismos ontológicos de corte biologicista aborde sin complejos, y de una vez, el dolor desde una perspectiva multidimensional. Se trataría, en definitiva, de tratar el dolor de parto en toda su heterogeneidad y complejidad, de recuperar, en parte, ese «paradigma perdido», apuntado por el filósofo francés Edgar Morin, desde el que se puedan contemplar sus dimensiones hermenéuticas, performativas y heurísticas.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Aaronson, Neil K., Monika Bullinger y Sam Ahmedzai. 1988. «A Modular Approach to Quality of Life Assessment in Cancer Clinical Trials». *Recent Results in Cancer Research* 111: 231-249. doi: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-83419-6_27.
- Allué, Marta. 2004. «El dolor en directo», en Monografías Humanitas nº 2, *Dolor y Sufrimiento en la práctica clínica*: 69-79. Barcelona: Fundación Médica y Humanidades Médicas.
- Baraia-Etxaburu Artetxe, Gotzon. 2001. «Convivencia y reestructuración de los roles», en P. Pérez Fuentes (ed.), *Modelos y referentes de los comportamientos masculinos y femeninos en la juventud vasca*: 221-233. Vitoria-Gasteiz: EmaKunde, Instituto Vasco de la mujer.
- Baroni, Flavia, Laura Vilela y Fabio Scorsolini. 2013. «Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas». *Psicología: teoría e prática*, 15(1): 19-32. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000100002&lng=pt&nrm=iso>. Fecha de acceso: 20 mayo 2016.
- Bensaid, Norbert. 1986. *La luz médica. Las ilusiones de la prevención*. Barcelona: Herder.
- Bertaux, Daniel e Isabelle Bertaux. 1993. «Historias de vida del oficio de panadero», en José Miguel Marinas y Cristina Santamaría (eds.). *La historia oral: Métodos y experiencias*: 231-250. Madrid: Debate.
- Blázquez, María Luz. 2009. «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. Tarragona: Universidad d Rovira i Virgili.
- Bourdieu, Pierre y Loic J. D. Wacquant. 1995. *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- Caprara, Andrea y Lucyla Pandim. 2008. «Ethnography: its Uses, Potentials and Limits Within Health Research», *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 12(25): 363-376. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000200011>

- Cardús, Laura. 2014. «Miedo a parir ¿Miedo a morir?». *Periferias, Fronteras y Diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*: 4250-4269. Tarragona: FAAEE.
- Castillo, María Belén. 2015. «Parir en casa, parir en el hospital: Algunas dimensiones para el análisis de los lugares de parto». *Geografizando* 11(2). Disponible en: <<http://www.geografizando.fahce.unlp.edu.ar/>> Fecha de acceso: 24 mayo 2016.
- Caughy, Aaron B., Vandana Sudaram, Anjali J. Kaimal, Yvonne W Cheng, Allison Gienger, Sarah E. Little, Jason F. Lee, Luchin Wong, Brian L. Shaffer, Susan H. Tran, Amy Padula, Kathryn M. McDonald, Elisa F. Long, Douglas K. Owens y Dena M. Bravata. 2009. «Maternal and Neonatal Outcomes of Elective Induction of Labor». *Evidence Report/Technology Assessment* 176:1-257. Disponible en: <<http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/index.html>> Fecha de acceso: 20 de Abril de 2016.
- Chapman, Richard C. 1980. «Pain and Perception: Comparison of Sensory Decision Theory and Evoked Potential Methods», *Research publications - Association for Research in Nervous and Mental Disease* 58:111-42.
- Chapman, Richard C., Anders E. Sola y John J. Bonica. 1979. «Illness Behavior and Depression in Pain Center and Private Practice Patient». *Pain*, 6(1): 1-7. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959\(79\)90135-0](http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(79)90135-0)
- Clarke, Desmond M. 1986. *La filosofía de la ciencia de Descartes*. Madrid: Ed. Alianza Universidad.
- Clarke, Adele E., Laura Mamo, Jennifer R. Fishman, Janet K. Shim, Jennifer R. Fosket. 2003. «Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine». *American Sociological Review* 68: 161-194. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/1519765>.
- Craver, Carl F. y Lindley Darden. 2005. «Introduction». *Studies in the History and Philosophy of the Biological and Biomedical Sciences* 36(2):233-244. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.shpsc.2005.03.001>
- Corea, Gena, Renate Duelli, Klein J. Hanmer, Helen B. Holmes, Betty Hoskins, Madhu Kishwar, Janice Raymond, Robyn Rowland y Roberta Steinbacher. 1987. *Man made Women: How Reproductive Technologies affect Women*. Bloomington: Indiana University Press.
- Csordas, Thomas J. 1994. *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Davis-Floyd, Robbie. 2001. «The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Child-Birth». *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75 (1): 5-23. Disponible en: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)>. Fecha de acceso: 10 mayo 2016.
- Di Blasi, Zelda, Elaine Harkness, Edzard Ernst, Amanda Georgiou y Jos Kleijnen. 2001. «Influence of Context Effects on Health Outcomes: a Systematic Review». *Lancet*, 357: 757-762. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04169-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04169-6).
- Ehrenreich, Barbara y Desire English. 1978. *For Her Own Good: Two Centuries of the Experts' Advice to Women*. Nueva York: Anchor Books.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España, FAME. 2008. *Documento de iniciativa a favor del parto normal*. Madrid: Autor.
- Foucault, Michael. 1990. *La vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta.
- Gadamer, Hans-Georg. 1996. *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa.
- Giddens, Anthony. 1991. *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford: Stanford University Press.
- Good, Byron J. 1994. *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Grele, Ronald J. 1991. «La historia y sus lenguajes en la entrevista oral, quién contesta a las preguntas de quién y por qué». *Historia y Fuente oral* 5: 111-129. Disponible en: <<http://www.jstor.org/stable/27753314>>. Fecha de acceso: 5 mayo 2016.
- Hernández, José Manuel. 2011. «El parto hospitalario e intervencionista. Una construcción social de la maternidad». Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia.
- Hernández, José Manuel y Paloma Echevarría. 2014. «La parte negada del parto institucionalizado. Explorando sus bases antropológicas», *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* 69(2). doi:10.3989/rntp.2014.02.004.

- Hernández, José Manuel y Paloma Echevarría. 2015. «El parto hospitalario e intervencionista. Un rito de paso hacia la maternidad», *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana* 10(3): 401-426. doi: <http://dx.doi.org/10.11156/aibr.100306>.
- Hernández, José Manuel y Paloma Echevarría. 2016. «Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del paradigma tecnocrático», *Revista Internacional de Sociología* 74(1). doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>.
- Hodnett, Ellen.D; Simon Gates; Justus G. Hofmeyr y Carol Sakala. 2005. «Continuous Support for Women During Childbirth». *Birb* 32(1): 72. doi: 10.1111/j.0730-7659.2005.00336.x.
- Hodnett, Ellen D., Simon Gates, Justus G. Hofmeyr y Carol Sakala. 2007. «Continuous Support for Women During Childbirth». *Cochrane Review In: Cochran Database of Systematic Reviews*; Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub2.
- Ibáñez, Jesús. 1979. «Interpretación y análisis del discurso», en Jesús Ibáñez, *Más allá de la sociología. El grupo de discusión, técnica y crítica*: 333-351. Madrid: Siglo XXI.
- Imaz, Elixabete. 2001. «Mujeres gestantes, madres en gestación: Metáforas de un cuerpo fronterizo». *Política y Sociedad* 36: 97-111. Disponible en: <<http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0101130097A>>. Fecha de acceso: 2 mayo 2016.
- Janes, Craig R., Ron Stall y Sandra M. Gifford. 1986. *Anthropology and Epidemiology*. Dordrecht, Netherlands: Reidel Publishing Company.
- Jociles, María Isabel. 2005. «El análisis del discurso: de cómo utilizar desde la antropología social la propuesta analítica de Jesús Ibáñez». *Avá. Revista de Antropología* 7: 1-25. Disponible en: <<http://www.ava.unam.edu.ar/index.php/numeros-antteriores>>, Fecha de acceso: 6 mayo 2016.
- Kitzinger, Sheila. 1979. *Birth at Home*. Oxford: Oxford University Press.
- Kleinman, Arthur. 1988. *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, Arthur y Peter Benson. 2004. «La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina», en Monografías Humanitas n.º 2, *Dolor y Sufrimiento en la práctica clínica*: 17-26. Barcelona: Fundación Médica y Humanidades Médicas.
- Kleinman, Arthur, Paul E. Brodwin, Byron J. Good y MaryJo DelVecchio Good. 1992. «Pain as Human Experience. An Introduction», en MaryJo Del Vecchio, Paul E. Brodwin, Bayron J. Good y Arthur Kleinman (eds.), *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*: 8-25. Londres-Los Angeles: University of California Press.
- Kleinman, Arthur, Renne Fox y Allan Brandt. 1999. «Introduction: Bioethics and Beyond», *Daedalus: Journal of the American Academy of Arts and Sciences* 128(4): 7-10. Disponible en: <<https://www.amacad.org/content/publications/publication.aspx?d=753>>. Fecha de acceso: 18 mayo 2016.
- Lally, Joanne E., Madeleine J. Murtagh, Sheila Macphail y Richard Thomson. 2008. «More in Hope than Expectation: a Systematic Review of Women's Expectations and Experience of Pain Relief in Labour». *BBC Medicine* 6(7). doi: 10.1186/1741-7015-6-7.
- Le Breton, David. 1999. *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario.
- Llorca, Ginés J. 2004. «Estado de ánimo y calidad de vida en el dolor crónico». Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca.
- Luhrmann, Tanya M. 2000. «Of Two Minds: The Growing Disorder in American Psychiatry». *The New England Journal of Medicine* 343: 1579. doi: 10.1056/NEJM200011233432119.
- Luque, Miguel Ángel y María Isabel Oliver. 2005. «Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: el caso de las mujeres inmigradas». *Año XIV* 48-49: 9-13. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/s1132-12962005000100002>.
- Martin, Emily. 1987. *The Woman in the Body*. Boston: Beacon Press.
- Mauss, Marcel. 1966. *Sociologie et Anthropologie*. París: PUF.
- Melzack, Ronald. 1973. *The Puzzle of Pain*. Harmondsworth: Penguin.
- Melzack, Ronald y Kenneth Lyman Casey. 1968. «Sensory, motivational, and central control determinants of pain. A new conceptual model», en D. Kenshalo, *The skin senses*: 423-443. Springfield: Charles C. Thomas.
- Melzack, Ronald y Patrick D. Wall. 1965. «Pain Mechanisms: A New Theory». *Science* 150: 971-979. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.150.3699.971>.

- Menéndez, Eduardo L. 1998. «Estilos de vida, riesgo y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes». *Estudios Sociológicos* 16(46): 37-66. Disponible en: <<http://www.jstor.org/stable/40420500>>. Fecha de acceso 5 mayo 2016.
- Menéndez, Eduardo L. 2000. «Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos», en Enrique Perdiguero y José M. Comelles, eds., *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*: 163-188. Barcelona: Bellaterra.
- Menéndez, Eduardo L. y Renée Di Pardo. 1996. *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: Ciesas.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, MSC. 2007. *Estrategia para la atención al parto normal*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad y Política Social, MSPS. 2010a. *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad y Política Social, MSPS. 2010b. *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Madrid: Autor.
- Montes, María Jesús. 2007. «Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos». Tesis doctoral. Tarragona: Univesitat Rovira i Virgili.
- Montiel, Luis. 1997. «Las trampas de la prevención: peligros ocultos en un discurso médico hegemónico», en Luis Montiel y Isabel Porras (coord.), *De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima*: 253-265. Madrid: Doce Calles.
- Moscoso, Javier. 2011. *Historia cultural del dolor*. Madrid: Taurus.
- Núñez, Patricia. 2014. «Experiencias entorno al dolor en el parto hospitalario: una aproximación antropológica». *Matronas profesión* 15(2): 43-49. Disponible en: <<http://www.federacionmatronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/17164/173/experiencias-en-torno-al-dolor-en-el-parto-hospitalario-una-aproximacion-antropologica>>. Fecha de acceso: 4 mayo 2016.
- Odent, Michael. 2005. «El nacimiento de los mamíferos humanos». *Ob Stare* 19: 57-63.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. 1985. *Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. 1996. *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Ginebra: Autor.
- Osorio, Rosa María. 2001. *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS, INAH, INI.
- Otegui, Rosario. 2000. «Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento», en Enrique Perdiguero y José M. Comelles, eds., *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*: 227-248. Barcelona: Bellaterra.
- Pandolfi Mariella. 1993. «Le self, le corps, la crise de la 'présence'». *Anthropologie et Sociétés* 17: 57-77. doi: <http://dx.doi.org/10.7202/015251ar>.
- Porta, Miquel. 2010. «El sufrimiento del dolor: cuerpo, ser y sociedad». *Gaceta Sanitaria* 24(3): 263-264. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.01.013>.
- Rabinow, Paul y Nikolas Rose. 2006. «Biopower Today». *BioSocieties* 1: 195-217. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/s1745855206040014>.
- Roca, Jordi. 1996. *De la pureza a la maternidad. La construcción del género femenino en la postguerra española*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
- Romaní, Oriol. 1992. «Marginación y drogodependencias. Reflexiones en torno a un caso de investigación», en Álvarez Uría (comp.), *Marginación e inserción. Los nuevos retos de las políticas sociales*: 259-282 Madrid: Eudymión.
- Schmid, Verena. 2010. *El dolor del parto*. Tenerife: Ed. Obstore.
- Schwarz, Patricia. 2008. «Las lesbianas frente al dilema de la maternidad», en Mario Pecheny, Carlos Figari y Daniel Jones (coord.), *Todo sexo es político*: 193-214. Buenos Aires: Del Zorzal.
- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, SEGO. 2008a. *Recomendaciones sobre la asistencia al parto normal*. Madrid: Autor.
- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, SEGO. 2008b. *Riesgos clínicos- laborales y embarazo*. Madrid: Autor.
- Spilker, Bert. 1990. *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. Nueva York: Raven Press.
- Stoller, Nancy. 1974. *Forced Labor: Maternity Care in the United States*. Oxford: Pergamon Studies in Critical Sociology.

- Taussig, Michael. 1995. *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como un sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona: Gedisa.
- Taylor, Steven J. y Robert Bogdan. 1987. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona: Editorial Paidós.

Fecha de recepción: 27 de octubre de 2015.

Fecha de aprobación: 30 de mayo de 2016.