

PARTO ORGÁSMICO: TESTIMONIO DE MUJER Y EXPLICACIÓN FISIOLÓGICA (*)

A mediados del siglo pasado, la sexología científica ya había empezado a recoger varios testimonios de mujeres que habían tenido partos orgásmicos; Juan Merelo Barberá presentó un informe al respecto en el congreso de Ginecología de París en 1974 (1). Algunos de estos registros son: Alfred Kinsey del *Institute for Sex Research* de la Universidad de Indiana (EEUU) que cita tres casos (2); Masters y Johnsons del *Reproductive Biology Foundation* (Missouri, EEUU) citan doce casos en su libro *Human Sexual Response* (3); Shere Hite (4), en su *Informe Hite*, dice haber recogido varios testimonios sin decir el número (con una cita textual de una mujer que aseguraba había sido el mayor orgasmo de su vida); en España, Serrano Vicens (5) se encontró algún caso, y el propio Juan Merelo halló nueve casos en su investigación; en Francia el Dr. Schebat del Hospital Universitario de París, en el propio hospital, registró, en un total de 254 partos, 14 casos de partos orgásmicos (2). Juan Merelo no cesó de insistir en que es más frecuente de lo que podamos pensar. La cifra que nos da ahora Ina May Gaskin (treinta y dos de 151 partos) (6) es más alta, posiblemente debido a que se trata de partos en condiciones más naturales.

¿Roce de la cabeza del bebé en la vagina o eufemismo del dolor, como se apunta en el artículo de *El Mundo*?

Llevo muchos años buscando explicaciones fisiológicas coherentes para entender el parto, y la verdad sea dicha, me ha costado bastante encontrarlas, pese a que dichas explicaciones existen, eso sí, muy diseminadas y en obras de difícil acceso para las personas de a pie. El mero funcionamiento básico neuromuscular del útero no lo encontré hasta que leí *Revelation of childbirth* de Read (7): unos músculos longitudinales y otros circulares que funcionan como un par sincronizado. Los circulares son los que cierran (el cervix) y los longitudinales los que empujan para hacer descender el feto. Cuando esto sucede, 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 al parasimpático. Este funcionamiento le hizo concluir a Read (8) 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; los tirones que entonces pegan las fibras longitudinales a las circulares producen el conocido dolor del calambre. Efectivamente, la dificultad del parto en general no tiene que ver con las famosas caderas estrechas sino con la distensión de los músculos del útero, y el dolor de las contracciones del parto son calambres. Read comparaba el funcionamiento del útero con la vejiga urinaria, que tiene un funcionamiento aparentemente similar: las fibras circulares cierran para retener la orina, y se aflojan para permitir que el movimiento de las fibras longitudinales expulsen la orina de la vejiga (**).

Pero los músculos del útero a diferencia de los de la vejiga urinaria, tienen unos receptores de oxitocina que nos indican la existencia de un dispositivo específico para activar el reflejo muscular del útero; un dispositivo que forma parte del sistema sexual.

Por eso, si comparamos el funcionamiento del útero con el de los otros órganos en los que interviene el sistema sexual, creo que es más fácil entender globalmente el funcionamiento del útero.

Como explica Martín Calama (9) 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

(*) Este texto hace referencia al documental estadounidense *Orgasmic Birth, the best-kept secret* (www.orgasmicbirth.com), y también al artículo sobre el mismo de VIV GROSKOP publicado en *El Mundo/The Guardian* el 23.03.09

(**) El funcionamiento neuromuscular del útero se explica con más detenimiento en el primer capítulo de *PARIREMOS CON PLACER* colgado en esta web; en cambio aquí se dan a continuación nuevos datos sobre la intervención del sistema sexual.

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 (10).

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.

Por eso se dice que el amor nos licua; por eso la humedad ha sido símbolo de la sexualidad y la sequedad de la castidad, de la penitencia y de los retiros espirituales en los desiertos (ver diccionarios de simbologías (11), Ortiz Osés (12), *El agua, la vida y la sexualidad* de Michel Odent (13), Mircea Eliade, etc.); por eso el propio deseo, la misma pulsión inicial que segrega la oxitocina, nos licua antes de proceder al acto sexual. Esther Pérez en su ponencia en las Jornadas Feministas de junio 2006, sobre su experiencia de relactación con una niña adoptada, explicaba que al ver salir las primeras gotas de leche de sus pechos pensó que era el amor que se licuaba en gotas blancas.

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 daría una idea de dicha complejidad. Pero aún siendo obvio, creo que es preciso decirlo, pues tan legítimo es el afán de conocimiento como necesaria la humildad ante la diversidad y la complejidad de la vida orgánica de la que tan sólo podemos aprehender una parte; creo que la inteligencia humana, al menos hasta el momento, no ha sido capaz de conocer y de expresar semántica y conceptualmente ni siquiera lo más básico del funcionamiento de la vida.

Volviendo al parto después de esta pequeña digresión: 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 finas 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...); de manera 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.

(*) Como es sabido, la posición erecta del *homo sapiens* inclinó la pelvis de tal modo que hizo más estrecho el hueco por el que debe pasar el feto para nacer.

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 (1575) (14) atribuía la relación entre las mamas y la matriz, a conexiones del sistema nervioso, pero 'la conexión' no pertenece al sistema nervioso sino al sexual, ya que se establece por medio de la oxitocina que 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 (15) tras un seguimiento concreto durante 15 años de la sexualidad de 195 mujeres definió con precisión el papel del útero en el orgasmo femenino. De hecho, aunque no sentimos 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 comprobó 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 (16).

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 ochos 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 (7). Poco a poco vamos entendiendo las claves de la gran capacidad orgásmica femenina.

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 se ha traducido por vagina, porque en nuestro paradigma de sexualidad el útero no existe. Pero digan lo que digan los manuales de sexualidad, lo sentimos o no, el útero es el órgano de expansión del placer por antonomasia. El funcionamiento y la envergadura muscular del útero, como digo, explican la famosa capacidad orgásmica 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 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 (17) 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 y pausado.

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, (18)). En cambio, el orgasmo fuera del parto no tiene otra misión que la descarga de la libido para la autorregulación corporal; ahora bien, al realizar la función general, también prepara y mantiene a punto el útero por si un día tiene que realizar la gran operación de apertura. Este orgasmo fuera del parto, que no tiene que abrir la boca del útero, dura por lo general unos segundos, 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.) recogidas en un cuadro comparativo por Niles Newton en *Maternal Emotions* (10)). 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 (3). También Leboyer (17) asegura que en su documental *Autour de la naissance*, estas contracciones placenteras y verdaderamente adecuadas se pueden reconocer en el exterior, en el mismo movimiento del vientre que las acompaña, así como por el rostro de la mujer que camina hacia el éxtasis.

Esto explica también otros testimonios: los que refieren la existencia de pueblos enteros que desconocen el dolor en el parto (Montaigne (19), etc.). También el tono imperativo del 'parirás con dolor' que indica que en ese momento no era así pero que sabían cómo conseguirlo.

Y esta es la otra pregunta importante: ¿cómo es posible que de forma tan generalizada el parto se produzca con dolor?

Es de suponer que no será uno sino muchos (entre ellos, el stress y el miedo que señala Read) los aspectos de la distorsión del proceso normal del parto. En cualquier caso, el útero espástico está causado de forma inequívoca por la represión sexual de la mujer desde la infancia; y esto es coherente con estudios realizados sobre la densidad de los receptores de oxitocina. Odent, en la *Cientificación del amor* (20) recoge un estudio realizado en Suecia y otros, que han mostrado que esta densidad es variable y a veces escasa (las muestras de tejido uterino de mujeres a las que se les había practicado cesárea tenían una escasa proporción de receptores de oxitocina). Lógicamente, si las mujeres no desarrollan una suficiente cantidad de receptores de oxitocina y el útero carece de sensibilidad suficiente a esta hormona, difícilmente podrán parir. La variabilidad de la densidad de los receptores de oxitocina nos remite también a la vida sexual de la mujer antes del parto: en qué medida ha desarrollado o no ha desarrollado sus pulsiones sexuales, en qué medida ha desarrollado o no lo ha hecho los receptores de oxitocina. Y aquí es donde cobran sentido las pulsiones sexuales de la infancia, que claro está no se producen por nada, y mucho menos porque el demonio habite los pequeños cuerpos humanos, sino porque tienen una función fisiológica. El desarrollo corporal humano establecido filogenéticamente, incluye las pulsiones sexuales infantiles para promover la madurez de sus órganos, y en concreto, promover el movimiento de los músculos uterinos en las niñas. Por eso nos encontramos con juegos, corros y bailes sexuales (21) infantiles y compartidos con mayores, en pueblos en los que la sexualidad era espontánea; juegos y bailes que estimulaban y promovían la expansión de las pulsiones que a su vez mantenían los úteros de las niñas activos. Se trataba de sociedades que no sólo no prohibían las manifestaciones de la sexualidad infantil, sino que la propiciaban y la amparaban culturalmente. En nuestra civilización siempre había habido algún margen de expansión sexual clandestina (empezando por las brujas con sus escobas -que no eran para volar por los aires, etc.); pero las niñas ahora tienen poco margen para las actividades clandestinas: están más vigiladas que nunca y su tiempo programado de tal modo que pocas posibilidades tienen de desarrollar sus pulsiones y sus juegos espontáneos. En la Grecia clásica la sexualidad entre adult@s y niñ@s estaba normalizada (22); en cambio ahora se condena toda manifestación de sexualidad infantil y ni siquiera se contempla la posibilidad de que el niño o la niña pueda tener impulsos, deseos o apetencias sexuales.

Creo que hoy, aparte de la medicalización de la maternidad y de las tres generaciones de partos hospitalarios que, como dicen Wagner, Bergman y otr@s, tanto daño han hecho y siguen haciendo, tenemos también un mayor deterioro de la sexualidad femenina, gracias al marketing sociológico del falocentrismo, a la fuerza impactante de los medios audiovisuales y a las estrategias psicológicas de dicho marketing. Con esto quiero decir, que si Serrano Vicens emprendiera ahora su investigación no creo que encontrase los mismos resultados que encontró en los años 50 del siglo pasado (un 2,5 % de las 1417 mujeres estudiadas tenían habitualmente 30 ó más orgasmos consecutivos).

El parto orgásmico y la recuperación de la maternidad implican recuperar una sexualidad femenina perdida. Aunque ahora las mujeres creamos tener más libertad sexual que antes, en realidad tenemos más libertad formal pero más represión y más violencia interiorizada (los úteros espásticos y atróficos, los dolores de parto y de regla, así como los cánceres de útero y mama serían la punta del iceberg de esta violencia). Dicha recuperación supondría un cambio de paradigma de sexualidad femenina, recuperar la noción y el conocimiento antiguo que antes se tenía de la misma: **the best-kept secret** (el secreto mejor guardado), como dicen las estadounidenses del **Orgasmic Birth**. Hoy por hoy existe una desinformación y un desconocimiento generalizado de la sexualidad de la mujer, como lo demuestra el artículo sobre el parto orgásmico publicado en *Le Monde/The Guardian* el 23.03.09.

La Mimosa, marzo 2009

NOTAS

- (1) MERELO BARBERA, J., *Parirás con placer*, Kairós, Barcelona 1980.
- (2) Citado por Merelo Barberá y en el monográfico de la *Revista Integral* sobre *Embarazo y Parto Gozosos* (3ª edición, 1988).
- (3) MASTERS, W. y JOHNSON, V., *Human Sexual Response*, Little, Brown & Co, Boston 1966.
- (4) HITE, Sh., *El Informe Hite*, 1977, citado por Merelo y en el monográfico de *Integral*.
- (5) SERRANO VICENS, R., *La sexualidad femenina*, Júcar 1972; *Informe Sexual de la Mujer Española*, Lyder 1977.
- (6) GROSKOP, V., *The Guardian/El Mundo*, 23.03.09.
- (7) READ, G.D., *Revelation of childbirth*, William Heinemann Medical Books, 1945.
- (8) Junto con una investigación sobre el parto sin dolor en aborígenes africanas y también sobre los nociceptores que determinan la sensibilidad al dolor.
- (9) MARTIN CALAMA, J., '*Fisiología de la Lactancia*', Capítulo 7 del *Manual de Lactancia Materna*, Asociación Nacional de Pediatría, ed. Médica Panamericana, Madrid 2008
- (10) NEWTON, N., *Maternal emotions*, Nueva York 1955.
- (11) Por ejemplo *Diccionario de Símbolos*, Juan Eduardo Cirlot, Ed. Siruela, Madrid 1969, voces 'sequedad', etc.
- (12) ORTIZ OSÉS, A., *Las claves simbólicas de nuestra cultura*, Anthropos, Barcelona 1993.
- (13) ODENT, M., *El agua, la vida y la sexualidad*, Urano, Barcelona 1991.
- (14) PARÉ, A., *L'Anatomie*, Livre I, 'Sur la generation', 1575. Citado por Yvonne Knibielher en *Histoire des Mères*, Montalba, 1977.
- (15) CHOISY, M., *La guerre des sexes*, Publications Premières, Paris 1970.
- (16) Recogidos en *PARIREMOS CON PLACER* (en sección Libros de esta web), pags, 16 y 17.
- (17) LEBOYER, F., *El parto: crónica de un viaje*, Alta Fulla, Barcelona 1976.
- (18) REICH, W., (1952), en *Reich habla de Freud*, Anagrama, Barcelona 1970.
- (19) MONTAIGNE, M., *Ensayos*, libro I, XVI.
- (20) ODENT, M., *La Cientificación del Amor*, Creavida 2001. Los estudios que cita son:
 - REZAPUR, M. et al., *Myometrial steroid concentration and oxytocin receptor density in parturient women at term*. *Steroids* 1996; 61:338-44
 - FUCHS, AR., et al., *Oxytocin and the initiation of human parturition. Stimulation of prostaglandin production in human decidua by oxytocin*. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1981; 141:694-97
 - SOLOF, M., HINKO, A., *Oxytocin in receptor and prostaglandin release in rabbit amnion*, *The Neurohypophysis*, *Annals of the New Y. A. of Sciences*, 1993, Vol 689:207-218
 - INSEL y SAPHIRO en: PEDERSEN et AL., *Oxytocin in maternal, sexual and social behaviours*, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1992; 6527
- (21) GARRIDO, M.C., *El juego del corro en la cultura femenina*, Inédito 2006.
- (22) FERNANDEZ DE CASTRO, CH., *La otra historia de la sexualidad*, Martínez Roca, Barcelona 1990.

