

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
FACULTAT DE LLETRES
Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social
Programa de Doctorat en Antropologia de la Medicina (1998-2001)

LAS CULTURAS DEL NACIMIENTO

**Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes,
comadronas y médicos**

Tesis presentada para optar al título de
Doctora en Antropología Social y Cultural

Autora: M^a Jesús Montes Muñoz

Directora: Mari Luz Esteban Galarza

Tarragona, 2007

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
PRIMERA PARTE: ANTROPOLOGÍA DEL NACIMIENTO	11
1. Bases de aproximación al estudio del nacimiento	12
2. Antecedentes históricos	15
2.1. De la antigüedad a la Edad Media. Un oficio femenino	15
2.2. La formación de las comadronas como objetivo	22
2.3. Presencia e irrupción de los cirujanos en el parto	24
2.4. Formación de las mujeres. Representaciones y límites	25
2.5. Transición demográfica e implantación del modelo médico hegemónico	27
2.6. El nacimiento a principios del siglo XX. Saberes y prácticas	31
3. El nacimiento en el siglo XXI	37
3.1. La medicalización:	37
3.2. Discursos del sistema médico	40
3.2.1. El riesgo	42
3.2.2. El dolor	45
3.3. Relaciones médico/paciente. Protocolos de atención	50
3.3.1. Protocolo de seguimiento del embarazo	52
3.3.2. Protocolo de asistencia al parto	54
3.4. La desmedicalización: “recuperando” el nacimiento	56
4. La maternidad	61
4.1. Discursos de la maternidad. La herencia de un modelo	61
4.2. Mujer-madre-maternal y la crítica feminista	63
4.3. Re-construyendo la maternidad	66
4.4. La cuestión del padre	68
SEGUNDA PARTE: OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA	71
1. Objetivo general	71
2. Hipótesis	72
3. Algunos conceptos teóricos de referencia	74
4. Diseño metodológico	78
5. Técnicas de investigación	82
5.1. Entrevista en profundidad	83
5.2. Observación participante	86
6. Diseño, composición y captación de la muestra	92
7. Descripción de la muestra	102

TERCERA PARTE: CONSTRUYENDO EL NACIMIENTO

1. La gestación: Planificación y atención	107
1.1. “Ahora ya te toca”. La llegada del embarazo	108
1.2. Control institucional del embarazo: representaciones, prácticas y organización	112
1.2.1. El protocolo. Normas y funciones	114
1.2.2. De matronas y médicos. Asistencia en los servicios públicos	118
1.3. Las consultas médicas privadas	127
1.4. Consultas complementarias de las comadronas	129
1.5. Reflexiones finales	131
2. Encuentros asistenciales	133
2.1. Las pacientes mujeres: las representaciones de las prácticas	134
2.1.1. Las mujeres no saben	135
2.1.2. El embarazo es de los/as profesionales o la invisibilidad de las mujeres	139
2.2. Educar a las mujeres	141
2.2.1. Educar en las normas	142
2.2.2. Educar para la salud	143
2.2.3. Educar para el parto y la maternidad	147
2.3. Tecnología médica en el embarazo. Usos y representaciones	152
2.3.1. De luces y de sombras: la ecografía	152
2.3.2. La amniocentesis: una forma actual de eugenesia	159
2.4. Itinerarios asistenciales complementarios	164
2.5. Reflexiones finales	167
3. Los cuerpos gestantes	171
3.1. Cuerpo, naturaleza y tecnología	172
3.2. Transferencias de los cuerpos	175
3.2.1. Cuerpo sospechoso	175
3.2.2. Cuerpo responsable	179
3.2.3. Cuerpo okupado	182
3.3. Cuerpo sentido: ¡Cómo me voy a poner!	185
3.4. Invisibilidad del embarazo. Como si el cuerpo “no estuviera”	190
3.5. Encarnación tecnológica de la experiencia del cuerpo	192
3.6. La mirada social del cuerpo	195
3.7. Reflexiones finales	200
4. El nacimiento: El parto en los hospitales	203
4.1. Las imágenes del parto y los secretos del cuerpo	204
4.1.1. La autopercepción del no saber	206
4.1.2. Imágenes y usos del dolor	210
4.1.3. El riesgo y sus peligros	214
4.1.4. El parto: un trabajo médico	218
4.2. El paso a la maternidad. Rituales y experiencias del nacimiento	220
4.2.1. La mujer pre-paciente	221
4.2.2. La mujer paciente	227
4.2. 2. 1. Separación despersionalización	227
4.2. 2.2. Margen	228
4.2. 2. 3. Preámbulos del nacimiento	235
4.2. 2. 4. El nacimiento	238
4.2. 2. 5. Purificación y agregación	244
4.3. Otras formas de representar, realizar y asistir el nacimiento en los hospitales	246
4.4. Reflexiones finales	249

5. Otros modelos de nacimiento: El parto en casa	253
5.1. ¿Por qué “recuperar” el nacimiento?	255
5.2. La memoria del cuerpo	259
5.3. Revisando la presencia del miedo	262
5.3.1. Riesgo; pero no tanto	264
5.3.2. El dolor resignificado	269
5.4. Estrategias de resistencia	273
5.5. De mujeres y comadronas. Encuentros para un parto en casa	278
5.5.1. Hacia la autogestión del parto. Modelos de atención	279
5.5.2. Relaciones y preparación	281
5.6. Los rituales del nacimiento	284
5.7. Reflexiones finales	293
6. Después del nacimiento: La práctica de la maternidad	295
6.1. Rescatar el recuerdo	296
6.1.1. Sobrevivir al parto: experiencias de violencia institucional	298
6.2. Códigos culturales de la maternidad	305
6.3. ¡Al fin madre!	310
6.4. La iniciación de los cuidados maternos: puerperio hospitalario	312
6.5. En primera línea: la práctica de la maternidad	318
6.5.1. Madre dolorosa	319
6.5.2. Madre aprendiz	322
6.5.3. Madre nutricia	325
6.6. Un rayo de luz	329
6.7. Reflexiones finales	336
4. CONCLUSIONES	339
BIBLIOGRAFÍA	353
ANEXOS	371
Guión de entrevistas a mujeres	373
Guión de entrevistas a comadronas y médicos	375

INTRODUCCIÓN

La llegada al mundo de un nuevo ser además de un hecho biológico que se da en el cuerpo de las mujeres, es sobre todo un acontecimiento cargado de significado cultural. Cada sociedad proporciona las representaciones que lo ordenan, dan sentido y le confieren el carácter social de seguridad y control. Se nace en una época y en un determinado contexto, y en ellos se articulan las representaciones y prácticas que ayudan a entenderlo. Nuestra investigación se centra en un determinado contexto de la sociedad occidental, concretamente en Tarragona, y tiene como objetivo conocer y analizar las representaciones y prácticas con las que se construye hoy el nacimiento, cómo son compartidas, activadas y experimentadas por las mujeres y profesionales implicados. Partimos de que embarazo, parto y puerperio conforman el proceso continuo en el que se da el nacimiento; el cómo ha evolucionado a través del tiempo, los discursos y actividades que se movilizan a su alrededor en cada etapa y contexto, son construcciones socioculturales históricas (Grimberg, 1998:25) que se van modificando por la influencia de otros procesos. Así, parir y nacer no son solamente sucesos biológicos y físicos, sino que en ellos se pone en evidencia *“la ambigüedad de la interacción entre lo biológico y lo cultural; lo individual y lo social”*¹ (Ranisio, 1998:8).

Hasta hoy se gesta en el cuerpo de una mujer y se nace en el acto físico que ella realiza al parir. Al referirnos al nacimiento incluimos tanto el parto que tiene lugar en la mujer-madre como el nacimiento del/a hijo/a. Ambos sucesos están tan íntimamente entrelazados que llegan a fundirse. Además consideramos que la mujer suele estar acompañada bien sea por su pareja² o por sus familiares, pero, sobre todo, se ha encontrado tradicionalmente presente la figura de una persona tenida como experta que, dependiendo de aspectos tan variados como el contexto geográfico, los valores religiosos y culturales, las decisiones políticas y económicas o el tiempo histórico en el que ocurre el nacimiento, puede ser la de una mujer de la familia, la comadrona, el obstetra, el chamán o el cirujano. En nuestra sociedad, el qué, cómo, quién y por qué cuidar los procesos del nacimiento, ha ido modificándose a lo largo de los siglos y conforme a la evolución social. De ser un suceso que transcurría en el interior del grupo con la ayuda y el apoyo en general de las mujeres, pasa a convertirse progresivamente en un acto de interés social con un importante valor

¹ Traducción de la autora.

² En nuestro estudio tomamos como pareja al modelo de relación heterosexual.

político y económico (Ortiz, 1996b) y que, por lo tanto, debe ser controlado. Cambiará así, el lugar del nacimiento y sus actores/as y se irán introduciendo nuevas formas de percibirlo, de nombrarlo y limitarlo que conducirán hacia maneras específicas de representarlo.

Vamos a acercarnos al estudio del nacimiento desde una orientación antropológica, esto es, considerándolo como un acontecimiento cultural, no sólo biológico, y desde el relato de la experiencia de los/as propios/as actores/as para, como propone David Le Breton (1999), *“hacer surgir lo que suele despreciarse del proceso terapéutico: la dimensión del sentido y de los valores”* (Ibídem:21-22), de manera que nos permita aproximarnos a entender la racionalidad en que operan y en la que participan los grupos sociales. Puesto que en nuestro contexto el sistema de atención profesional a los sucesos que engloban el nacimiento es asumido por la medicina oficial también llamada alopática o biomedicina, será esta institución el referente para el análisis³. Conocer la dinámica de su organización asistencial, su ideología, sus relaciones con las mujeres gestantes y la repercusión de los discursos y prácticas del nacimiento como experiencia personal y social de las mujeres, es la finalidad de nuestra investigación y por lo que nos referimos a “culturas”, porque en él se dan formas diferenciadas de pensarlo y representarlo, considerando además, que estos fenómenos no son hechos aislados, sino que forman parte del sistema sociocultural en el que quedan reflejados en un tiempo y contexto específico.

Así, el nacimiento se inscribe en la cultura, y se construye desde todo un conjunto de representaciones y saberes⁴ que lo sustentan y en interrelación con el resto de procesos sociales. Es nuestra intención explorar en el análisis los discursos y prácticas actuales del nacimiento, y ver de qué manera en su interior se organizan y mantienen las diferencias y desigualdades históricas entre hombres y mujeres, objetivo al que nos acercamos desde el enfoque teórico de la antropología feminista ya que su dimensión epistemológica y metodológica, como subraya Susana Narotzky (1995:11), es fundamental en el ámbito de los estudios antropológicos. La mirada desde la perspectiva del género, recupera la dinámica “holista” (Narotzky, 1995:12), en el estudio de los campos sociales y, a través de este enfoque, se recogen y reflejan

³ En ella incluimos las profesiones paramédicas, en nuestro caso, las comadronas (Freidson, 1978).

⁴ Cuando nos referimos a saberes, lo hacemos para nombrar todo tipo de saberes y no sólo los de los profesionales.

“diversas dimensiones –economía, política, salud, religión...- y que sirven para explicar la cultura en su conjunto” (Esteban, 2006:16).

Al hablar de representaciones lo hacemos en el mismo sentido que propone Denise Jodelet (1991). Así, representaciones serán aquellas formas de conocimiento socialmente elaboradas que contienen elementos:

*“Informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, creencias, valores, actitudes, opiniones, imágenes, etc; en tanto que sistemas de interpretaciones que registran nuestra relación con el mundo y con los otros y que organizan las conductas y la comunicación social”*⁵ (Ibídem:36).

Las representaciones integran fenómenos cognitivos con implicaciones afectivas y normativas, que moldean una determinada manera de interpretar la realidad, y que dan sentido a la experiencia, estableciendo un modo de acción dentro de un grupo en un tiempo histórico determinado (Ibídem). Las representaciones responden a la normatividad imperante, es decir, a modos dominantes de concebir el orden social (Grimberg, 1998:25) y establecen la guía para la acción, aunque no siempre la determinan (Menéndez y Di Pardo, 1996:54). Será en la práctica donde las representaciones se materializan estableciendo el nexo entre ambas. Por prácticas nos referimos a las intervenciones que se realizan alrededor del nacimiento, bien sea técnicas o verbales o la ausencia de ambas, resultado de las variadas situaciones posibles tanto desde los/as profesionales como desde las mujeres o agentes de su entorno.

En primer lugar, el eje de la investigación lo enfocamos en las mujeres-madres gestantes por ser las receptoras de la atención y asistencia sanitaria, portadoras de los discursos sociales y médicos que, por su vivencia e implicación física y emocional en la maternidad, las consideramos nuestro centro de interés. Entendemos que son ellas quienes por el hecho de experimentarlo se encuentran en un espacio privilegiado desde donde pueden proporcionarnos la información necesaria para el análisis cualitativo de las teorías y prácticas por su participación activa en el nacimiento. Hemos elegido dieciséis mujeres gestantes como informantes y a partir de la representación numérica del lugar en que planificaron el nacimiento –doce en el hospital y cuatro en casa-. Hemos buscado la diversidad de las posibles situaciones que se pueden dar con el objetivo de mostrar la pluralidad en las formas de entender y

⁵ Traducción propia.

practicar el nacimiento. Catorce mujeres son de la provincia de Tarragona y dos de Barcelona, tienen entre 25 y 35 años y se encuentran en su primer embarazo, con una gestación biológica sin patologías previstas; tienen pareja heterosexual fija y nivel económico estable; factores todos ellos que entendemos, repercuten en el mantenimiento de la estimada “normalidad en el embarazo”.

El interés de esta investigación nace de la trayectoria profesional de la autora. La experiencia profesional en la asistencia al parto como comadrona en el ámbito hospitalario, y la preparación al nacimiento en los centros de Planificación Familiar, me ha permitido la proximidad a las madres, a los/as profesionales; a los discursos y prácticas de ambos, situación que consideramos privilegiada para poder profundizar en el análisis estructurado de la investigación. Pero ha sido sobre todo el acompañamiento a las mujeres en sus partos en el domicilio durante más de dos décadas, desde donde surgió la reflexión de la necesidad de profundizar en el tema tras la escucha y observación de formas diferenciadas de significar la realidad y la experiencia del nacimiento. Este ámbito me proporcionó un mayor acercamiento a todas las mujeres en cuyos discursos planteaban nuevas expectativas, proyectos o miedos frente al nacimiento; su relación con los/as profesionales, dudas, propuestas y prácticas en las que se percibían receptoras pasivas de cuidados físicos, pero también agentes activos en su necesidad de participación en la programación de esta atención. Tanto desde las mujeres como de los/as profesionales, ha sido necesario poner una distancia objetiva desde la que realizar el análisis. Así, los interrogantes que nos planteamos y a los que nos proponemos dar respuesta respecto a las mujeres son:

¿Qué supone estar embarazada? ¿Qué expectativas pone una mujer en su embarazo? ¿Qué significa ser madre? ¿Qué supone y cómo se experimenta la transformación del cuerpo? ¿Cómo se cuida? ¿Se acude a algún/a especialista? ¿Cuál? ¿Cómo son las relaciones que se establecen con los profesionales? ¿Cómo se siente en estas relaciones? ¿Cómo le repercuten los discursos profesionales? ¿Cómo experimenta los cuidados? ¿Qué aspectos resaltaría o evitaría? ¿Se prepara para el parto? ¿Cómo? ¿Qué opina sobre la asistencia actual al parto? ¿Qué le gustaría? ¿Qué expresa del riesgo? ¿Y del dolor? ¿Qué opina de cómo transcurrió su parto? ¿Cambiaría algo? ¿Qué actividades o responsabilidades espera de su pareja? Posteriormente, ocurrido el nacimiento, nos proponemos conocer el discurso de la experiencia de las mujeres y sus parejas y cómo llevan a cabo las tareas y funciones propias de su nueva situación, así como los cuidados del cuerpo.

El segundo eje de interés lo ocupan los/las profesionales, que separaremos en comadronas y médicos/as obstetras. El término comadrona o matrona nombra a la mujer que asiste partos pero, aunque generalmente se utilizan como sinónimos, algunas profesionales y autoras encuentran diferencias. La matrona, nombre impreso en el título oficial, aparece en los diccionarios⁶ además, como mujer de familia, virtuosa y respetable que, en la casa romana, afirma Isabel Villena (2001), es *“el gran símbolo y representante del poder patriarcal (...) figura con el mayor historial de complicidad con el patriarcado”* (Ibídem:59). Contrariamente, para Villena la comadrona es la compañera, cómplice de la mujer, comadre que le ayuda *“desde un status de iguales; ‘al lado’, no por delante ni por encima”* (Ibídem:57). Sin embargo, históricamente se las ha ridiculizado, por ello se ha buscado un nombre de mayor respetabilidad y con él, de poder –delegado de la institución médica- sobre las mujeres. Así, la diferencia entre ser matrona o comadrona está en la estructura de relaciones desiguales y jerárquicas que caracterizan a la biomedicina. No resulta fácil en nuestro análisis juzgar en qué rol de los propuestos por Villena se sitúan estas profesionales con lo que utilizaremos los nombres indistintamente pero, porque así se autodenominan, nombraremos comadronas a quienes dan asistencia al parto en casa.

Nuestro interés en conocer la intervención de las comadronas/matronas viene dado por la tradición histórica de su profesión unida permanentemente al nacimiento y su evolución hasta la actualidad. Analizar sus funciones, ideología y relación con las mujeres es una parte representativa en nuestro estudio en el que nos planteamos los siguientes interrogantes: ¿Qué funciones realizan? ¿Cómo se organizan? ¿Qué cuidados y prácticas activan en torno al nacimiento? ¿Cómo se dan estos cuidados? ¿Qué relaciones establecen con las mujeres y los profesionales obstetras? ¿Participan las mujeres en alguna medida en los cuidados de su embarazo? ¿Qué opinan de los cursos de educación maternal? ¿Y del riesgo en el embarazo? ¿Y en el parto? ¿Cómo asisten los partos? ¿Qué opinan de la definición médica del parto? ¿Qué opinión tienen de los partos hospitalarios y extrahospitalarios? ¿Qué cuidados proporcionan a las mujeres después del parto? ¿Y al recién nacido? ¿Qué dicen sobre la alimentación a las criaturas?

⁶ Así se nombran también a las encargadas de registrar a las mujeres en las aduanas o que realizan ciertas labores de vigilancia en las cárceles femeninas. (Larouse, 1973)

Consideramos indispensable también conocer y analizar los discursos y las prácticas de los/as médicos/as obstetras ya que es el colectivo profesional que mayor poder detenta; afirmando, tomando las palabras de Menéndez y Di Pardo (1996) que este grupo forma parte de *“alguno de los principales manejadores y agentes reproductores de representaciones y prácticas técnicas que expresan de forma organizada las representaciones y prácticas de los conjuntos sociales”* (Ibídem:53), ya que actualmente posee el monopolio de la definición y prácticas sobre el nacimiento. Algunas de las preguntas que nos hacemos son: ¿Qué cuidados necesitan y se proporcionan a las mujeres gestantes? ¿Las mujeres pueden participar? ¿De qué manera? ¿Introducirían o no cambios en la atención? ¿Cuáles? ¿Cuáles son sus funciones? ¿Qué se define cómo embarazo normal? ¿Cómo se argumentan la necesidad de los cursos de educación maternal? ¿Cómo se refleja ésta en el parto? ¿Qué consideran riesgo? ¿Qué opinión tienen sobre el dolor en el parto? ¿Cómo asisten los partos? ¿Por que? ¿Cómo perciben el protagonismo o participación de la mujer y su pareja en el parto? ¿Qué opinión tienen sobre los partos extrahospitalarios? ¿Qué cuidados proporcionan a las mujeres después del parto? ¿Qué relación establecen con las matronas y las mujeres gestantes?

Para la elección y representación de estos/as dos grupos de profesionales hemos considerado el lugar que ocupan en la atención a las mujeres, diferenciando entre la asistencia primaria, la hospitalaria y la extrahospitalaria así como dónde llevan a cabo sus funciones -servicios sanitarios públicos o en mutuas/privadas⁷-. En total hemos entrevistado a cinco matronas y cinco obstetras del territorio estatal donde también deben haber realizado sus estudios y esto, para evitar la influencia de otros contextos.

Estos tres grupos: madres, matronas y médicos-obstetras son considerados los actores principales del objeto de estudio que enmarca nuestra investigación: “Las culturas del nacimiento”. Puesto que el término “culturas” es muy amplio, queremos clarificar que nosotras lo utilizamos para considerar los conocimientos, las costumbres, las creencias, los valores, las prácticas y las experiencias que, quienes hemos definido como actores/as manifiestan en la actualidad respecto al nacimiento en nuestro contexto, esto es, en Tarragona, alrededores y algunos/as de Barcelona. Entendemos la cultura como un proceso dinámico y cambiante e influenciado por otros procesos

⁷ Tanto los espacios como los/as profesionales de las mutuas son también privados, la única diferencia en esa última modalidad es que es la usuaria quien directamente paga los servicios de atención.

sociales. Así, las culturas del nacimiento no son estáticas sino que evolucionan según las tendencias de factores económicos, políticos o de poder, y no sólo de un entorno próximo, sino de una más amplia globalidad más allá de las fronteras. Pluralizamos la cultura para reflejar, como afirma Dolors Comas d'Argemir (1996), que los individuos, aún compartiendo una misma identidad cultural *“pueden participar en muchas y variadas culturas y sustentar distintas formas de identidad”* (Ibídem:109). Partimos del supuesto de esta heterogeneidad “cultural” de nuestros/as actores/as y, no sólo por pertenecer a grupos o posiciones diferenciadas que les proporciona formas variadas de interpretar la realidad (Bourdieu, 1988:33), sino además por las diferentes ideologías o tendencias con las que se pueden identificar en el amplio abanico de la oferta cultural.

Al referirnos a “nacimiento” lo entendemos en la globalidad de un proceso cuya característica es la continua evolución. Comienza con el embarazo, tiempo de gestación de la criatura, de proyectos, discursos y actividades dirigidas hacia el nacimiento del hijo/a. El parto es el acontecimiento estelar tanto para las mujeres y sus parejas, como para los/as profesionales y con él, finalizada la gestación, damos paso al ejercicio de la maternidad/paternidad cuyo estudio incluimos hasta los dos meses posteriores. El límite de este tiempo lo justificamos considerando que la medicina define la recuperación física de la mujer en las seis semanas siguientes al parto o cuarentena. Prolongamos nuestro estudio a las ocho semanas para dar un margen de mayor amplitud a la observación del reajuste familiar en la adaptación madre-hijo/a-padre.

Así, nuestro objeto de estudio es el análisis de las representaciones y prácticas que alrededor del nacimiento se dan en el contexto de Tarragona, desde los/as profesionales y las experiencias y opiniones de las mujeres que hemos definido como informantes. Para ello, planificamos el estudio a través del relato de estos/as actores/as. Hemos delimitado nuestro campo de estudio a la ciudad y provincia de Tarragona considerándolo como un espacio “micro” que puede reflejar el todo “macro” del Estado español. Tarragona, tiene 140.000 habitantes aproximadamente. Está rodeada de barrios de características que van desde los puramente obreros a aquellos más residenciales. Su economía se basa en la industria química y, por su situación costera, ofrece un amplio abanico de servicios de ocio con muchas posibilidades de trabajo. Esto se refleja en el estudio en que ninguna de las parejas estaba en el paro y las mujeres que no trabajaron durante el embarazo, fue como consecuencia temporal

de su estado. Lo habitual es que ambos miembros de la pareja trabajen, aunque, dependiendo de la graduación, los contratos a precario se están normalizando.

En el ámbito de la salud, el sistema médico principal de atención es la biomedicina al cual se tiene acceso a través del seguro público o Seguridad Social y mutuas. También se puede utilizar el mismo sistema a partir de servicios privados. Las actividades médicas para el cuidado del embarazo y parto en Catalunya están sistematizadas y recogidas en dos documentos públicos o protocolos que son: *“Protocol de seguiment de l'embaràs”* (1998), (en adelante PSE) y *“Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó”* (2003), (en adelante PAPP), que han sido elaborados por un grupo interdisciplinario de matronas y obstetras en los que también tomó parte la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). La atención al embarazo se considera desde el protocolo como el primer nivel de asistencia y se lleva a cabo en centros de atención primaria de salud o consultorios y en el marco del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR). El número de profesionales que formará el equipo de asistencia -obstetras y matronas- dependerá de la población asignada y, en esta relación, la ciudad cuenta con el equipo más numeroso. El seguimiento al embarazo en mutua es llevado a cabo sólo por un médico.

La atención al parto se centra en los hospitales. Pueden ser de segundo nivel o tipo B –hospital comarcal con un mínimo de equipamiento médico- o de tercer nivel, tipo C, con alta tecnología. En la ciudad contamos con dos de estos últimos, uno de la Seguridad Social que es de referencia para toda la provincia en caso de necesidad, y otro que ofrece servicios de beneficencia, mutua y privada, pero que también está concertado por la red de hospitales públicos, con lo que acoge a mujeres con este seguro. Finalmente, cuenta con una clínica privada. A estas tres clasificaciones de hospitales pertenecen y utilizaron sus servicios nuestros/as informantes profesionales y mujeres. Pero si queremos hablar de “culturas del nacimiento” en plural, debemos observar también aquellos otros nacimientos que ocurren fuera de los hospitales. Para recoger esta información, y con la finalidad de la objetividad investigadora, ampliamos nuestra mirada a otros espacios en que estos nacimientos tienen lugar, en concreto a Barcelona.

Nuestro recorrido para el análisis de las culturas del nacimiento va a ser el mismo que realizan las mujeres a través de las instituciones sanitarias con la finalidad

de atender el embarazo, parto y puerperio. En este itinerario nos interesamos además por aquellas otras actividades de autocuidado así como por otros servicios profesionales o recursos complementarios que también utilizan. El itinerario es igual para todas las mujeres independientemente de donde realicen sus partos ya que nos interesamos por la dinámica de los procesos que llevan a la maternidad.

Hemos estructurado la tesis en tres grandes bloques. El primero que llamamos “Antropología del nacimiento”, corresponde a la revisión teórica del nacimiento donde se justifica la investigación y que dividimos a su vez en tres apartados. Después de revisar las investigaciones más relevantes que conforman la antropología del nacimiento, comenzamos en primer lugar por los antecedentes históricos porque nos interesa reflejar su evolución y las representaciones y prácticas que lo han acompañado hasta las primeras décadas del siglo XX, interesándonos por la influencia que tuvo el género en el protagonismo profesional de comadronas y la institución médica. Seguidamente revisamos las bases teóricas que definen el nacimiento en la actualidad –siglo XXI- y que conforman el entramado del que emergen parte de las hipótesis planteadas. Lo componen los conceptos de medicalización, riesgo y dolor, así como las teorías que dan forma y construyen la dinámica en las relaciones de atención recogidas en los protocolos de la asistencia al embarazo y el parto vigentes en Cataluña que también revisamos. En el último apartado de este bloque, exploramos en las teorías y análisis críticos que se han hecho sobre la maternidad y paternidad.

En el segundo bloque se exponen los objetivos e hipótesis, y desarrollamos la metodología utilizada, junto a la descripción de la muestra. El tercero, llamado “Construyendo el nacimiento”, lo centramos en el análisis de los resultados siguiendo la línea de la evolución progresiva hacia el nacimiento. Lo hemos dividido en seis apartados. Los tres primeros se refieren al embarazo: en primer lugar recogemos las incidencias de la planificación de la gestación, la organización institucional de atención y el rol de los/as profesionales; en segundo lugar, las relaciones que se dan entre profesionales y mujeres con motivo de las visitas del seguimiento del embarazo, sus funciones e ideología y finalmente analizamos de las imágenes que se construyen de los cuerpos gestantes. La revisión y análisis de los discursos y praxis alrededor del parto ocupan los dos apartados siguientes de este bloque, esto es: el análisis de la atención al parto en los hospitales y las ideas que llevan a algunas mujeres a elegir la práctica de un parto fuera de estos centros y a las/os profesionales que les acompañan. Finalmente, en el sexto y último apartado, nos centramos en el puerperio

y lo compone el análisis de la experiencia del parto y el estudio de la realidad práctica de la maternidad.

Aunque ha sido necesario dividirlo en diferentes apartados para operativizar el análisis de los datos, veremos que todos ellos están permeados por el hilo conductor del enfoque de género. Desde él, se transmite una consecución ordenada de opiniones, valores, actitudes, normas, creencias y prácticas con las que se construye a partir de las interrelaciones de mujeres y profesionales. Considerar además que esta construcción forma parte y refleja la organización cultural y social en la que se inserta. A través de este recorrido vamos recogiendo y mostrando las estructuras con las que más tarde avalaremos nuestras hipótesis que analizamos en un último apartado de conclusiones.

La investigación en su conjunto conforma el estudio de las culturas del nacimiento que, como ha quedado reflejado, está acotado al contexto de Tarragona, alrededores y en menor medida en Barcelona, y centrado en un grupo definido de mujeres y profesionales de los/as que nos proponemos analizar las posibles diferencias en la forma de entenderlo, significarlo y llevarlo a cabo. Es por esto que nos referimos a “culturas” y con el propósito de ampliar el ámbito antropológico de los estudios del nacimiento.

No queremos terminar esta introducción sin exponer la intención primera que movilizó la investigación sobre el nacimiento en la que, siguiendo las palabras de Mari Luz Esteban (2001), partíamos de *“un objetivo implícito o explícito de transformación de la sociedad, de modificación de las condiciones sociales que perpetúan la subordinación de las mujeres”* (Ibídem:27) ya que pensamos que *“escribir antropología puede ser ‘locus’ de resistencia”* (Nancy Scheper-Hughes, 1997:35). Queremos pues aportar elementos de reflexión y análisis desde los que consideramos a las mujeres como agentes activos en el cuidado de su salud en el embarazo, parto y maternidad, y reflejar las voces que resisten y contestan los discursos hegemónicos, y las prácticas tendentes a recuperar la autonomía y la dirección consciente de la propia vida. También y uniéndonos a los estudios feministas, pretendemos desenmascarar las bases que, con el respaldo de la ciencia, la institución médica sigue controlando y manteniendo la desigualdad y el sometimiento de las mujeres.

PRIMERA PARTE

ANTROPOLOGÍA DEL NACIMIENTO

Comenzamos el análisis teórico revisando los trabajos e investigaciones que en el territorio español se relacionan con el tema y resaltando aquellos que a partir de los años ochenta lo han hecho desde un enfoque de género. Aportamos también datos de otras autoras de ámbito internacional que han contribuido con sus investigaciones a dar cuerpo a una antropología del nacimiento. Posteriormente realizamos un recorrido histórico puesto que, como construcción cultural, las ideologías y saberes del nacimiento están contenidas en el entramado social (Comas d'Argemir, 1996:112) y a su vez son efecto de la herencia histórica sobre la que se sustenta (Robert Castel, 1997:14). Conocer los antecedentes de cómo ha tenido lugar el nacimiento y su evolución, considerar los aspectos socioculturales y de valores en que se dieron, es un ejercicio de aproximación que nos permite entenderlo y articularlo con las formas actuales y teniendo en cuenta el resto de los hechos sociales por los que está influenciado. Realizamos esta revisión desde un enfoque de género ya que queremos rescatar esa parte histórica de la invisibilidad e inferioridad en las que se ha colocado a las mujeres y las condiciones y fuerzas que lo han mantenido y hecho posible. También, porque nos aportará datos para entender aspectos socioculturales en las respuestas actuales de las mujeres ante el nacimiento; de las funciones de matronas y médicos, y de la generación y mantenimiento de unos determinados discursos y significados frente a otros.

La característica principal de la definición médica actual del nacimiento es la medicalización en todos sus ámbitos, siendo además los discursos del riesgo y el dolor determinantes. Recogemos las prácticas que se desprenden de esta concepción social y médica y a partir de los protocolos de atención al embarazo y el parto. Finalmente examinamos las teorías tendentes a la desmedicalización.

Por último, para la revisión teórica de la construcción cultural de la maternidad⁸ comenzamos en las primeras décadas del siglo XX y desde las obras que nos llegan de algunos autores médicos, por el poder que ha detentado esta institución en la generación de discursos hegemónicos y sus funciones de control social. El objetivo de

⁸ Por maternidad nos referimos tanto a las funciones biológicas de gestar y parir una criatura, como a las de cuidarla, criarla y socializarla.

comenzar en ese momento, es para estructurar el paso en el que unir las prácticas que alrededor de la maternidad se daban a principios del siglo XX, con el mantenimiento de ideologías sociales naturalizadas que anclaban a las mujeres en la función biológica y social de la maternidad. Consideramos así mismo, para terminar, las críticas surgidas a este modelo desde los estudios feministas a partir de estudios que aportan las experiencias de las mujeres, con la exploración de las estrategias de adaptación que se activan hoy frente al ideal social de la maternidad.

Estos tres apartados están interconectados entre sí, esto es, no son independientes. Siendo el embarazo, parto y el puerperio el hilo conductor con las mujeres, matronas y médicos/obstetras como los actores/as sujetos de estudio, la revisión teórica presentará nexos en todos con una coherencia entre ellos. Las bases bibliográficas consultadas corresponden al campo de la Historia, Sociología, Filosofía, Antropología Médica y Antropología Feminista y, aunque la finalidad del estudio no es profundizar en las actividades médico-sanitarias, necesitamos conocer aquellas implicadas en nuestro tema de investigación, por esto recurrimos también a revisar los tratados de Medicina Obstétrica y aquellos dirigidos a matronas y mujeres gestantes, o bien escritos por ellas.

1. Bases de aproximación al estudio del nacimiento

Los primeros datos sobre representaciones y prácticas en el embarazo, parto y crianza en el territorio español, corresponden a los recogidos en la encuesta promovida por la sección de Ciencias Morales y Políticas del Ateneo de Madrid en 1901. Luis De Hoyos Sáinz (1942), encargado del estudio y análisis relativos a hechos biológicos de la encuesta, escribió un pequeño artículo de costumbres sobre la gestación y nacimiento en el que relata creencias y prácticas a las que cataloga como: *“Una de las más interesantes cuestiones del folklore español en materia de supersticiones (...) que practicaban y que aún se practican en algún caso”* (Ibídem: 821). El autor⁹, como él también apunta, se une a la corriente de folkloristas europeos y los datos que presenta son conceptualizados como tal.

En 1980 y sobre la misma encuesta, Antonio Limón Delgado y Eulalia Castellote realizaron un análisis que complementa el trabajo de De Hoyos (1942), y que refleja con detalle la situación social, económica, de clases sociales y el papel de

⁹ En dicho artículo se describe como Ex-presidente de la Sociedad Española de Antropología.

las mujeres que recogemos en un apartado posterior de este mismo capítulo junto con las creencias, valores y prácticas que ya en 1905, el sociólogo Rafael Salillas, también en la línea de los folkloristas, catalogaba de “fascinación”. En estos años intermedios es interesante conocer la obra de la comadrona Ramona Vía (1972), en el relato de su ejercicio práctico de la asistencia a los partos en Catalunya desde 1945 a 1972 en la que se reflejan las condiciones profesionales y sociales en la que esta comadrona desarrolló su profesión. Más tarde ya, en la década de los ochenta, aparecieron diversas publicaciones que tuvieron como base la encuesta del Ateneo, pero ahora ya centradas en las costumbres locales o provinciales que no aportan novedad a las mencionadas.

Fue sin duda el estudio de Jesús de Miguel (1979), el que introdujo con *El mito de la Inmaculada Concepción*, el carácter rompedor y la crítica al poder y la imagen que se mantenía sobre las mujeres desde la institución médica, específicamente la ginecología de los últimos 40 años. Su trabajo desenmascaró una ideología en la que se seguía justificando la desigualdad e inferioridad de las mujeres. Las décadas de los setenta y ochenta, son años en que surgen los movimientos de mujeres que trabajan en pro de la igualdad, en la defensa y recuperación de los procesos de salud y reproductivos, tanto a nivel nacional como internacional. Proliferan las publicaciones realizadas por mujeres sacando a la luz o reivindicando estos temas¹⁰ que estaban precedidos y apoyados por otros movimientos similares en Europa y EE.UU.

La maternidad se analiza en estos textos como un tema más en función de la globalidad en el análisis para la explicación de la diferencia y desigualdad. En nuestro contexto en esta década no hay obras que, con perfil antropológico se interesen por la reproducción y el parto, si no es para ampliar los conocimientos de anatomía y fisiología para el autocuidado y la anticoncepción¹¹.

En Europa encontramos algunos de estos textos en los que por ejemplo se analiza el poder de la medicina frente a las mujeres (Donnison, 1977), la reproducción (Knibiehler y Fouquet, 1983), y el parto (Pizzini, 1981; Joaquim, 1983). Pero fue sobre todo en Estados Unidos e Inglaterra donde se dio un mayor número de estudios

¹⁰ En Catalunya, “La Sal, Edicions de les dones” tuvo un importante protagonismo en la publicación de textos feministas con ideología de vanguardia desde los que se promovía el cambio. También intervino en esa difusión la “Llibrería de les dones” y grupos que editaban sus propios textos hoy muy interesantes, desde nuestro punto de vista, como documentos históricos.

¹¹ Ver Leonor Taboada, 1978.

etnográficos relacionados con el parto. Se atribuye a Margaret Mead el comienzo de las etnografías culturales del nacimiento (Davis-Floyd y Sargent, 1997:2) que a partir de los años setenta se vio enriquecida con las aportaciones de otras autoras. Estas obras investigan y comparan distintos sistemas culturales poniendo énfasis en que, a partir del hecho biológico universal de parir, la cultura modela la manera de entenderlo, significarlo y los medios materiales para asistirlo. Es desde esta premisa de la que partimos en la realización de esta tesis.

Robbie Davis-Floyd y Carolyn Sargent (1997) nos aportan una amplia revisión de las autoras en lengua inglesa que han contribuido a lo que, en su opinión, debe ser la “Antropología del Nacimiento”. Resaltan la obra de Brigitte Jordan (1993), quien introduce el concepto de “conocimiento autorizado”¹² como conocimiento construido socialmente y que se le reconoce al sistema médico hegemónico. Este conocimiento, analiza Jordan, desautoriza el saber de las mujeres y comadronas. Las autoras recogen el unánime acuerdo de otras investigadoras tras una mirada crítica a las formas de asistencia al parto declarando que:

“El punto de vista partidista, estrecho y etnocéntrico en Occidente y especialmente la medicina tecnológica americana, es un sistema de salud que objetiviza al paciente, mecaniza el cuerpo y exalta al médico o a quien ayuda en el parto sobre la paciente en un estatus de jerarquía que atribuye un conocimiento autorizado sólo a aquellos que saben utilizar la tecnología y descodificar la información que proporciona” (Davis-Floyd. Sargent, 1997:8).

Podemos afirmar que esta opinión emitida en los ochenta se ha afianzado hasta casi convertirse en necesidad y “norma” social en el campo de nuestro estudio, y que se explica por *“la lucha simbólica por la producción de sentido común”* que expuso Bourdieu (1988:138), pero esto lo veremos más adelante.

Otro de los puntos que queremos recoger además, es la opinión de que el sistema de prácticas relativas a la atención al parto aparecen como una rutina uniforme, sistemática, estandarizada y ritualizada (Jordan, 1993:4) en cada cultura. A este respecto, la intención en nuestra investigación es de alguna manera demostrar que al interior de nuestro sistema cultural podemos encontrar una amplia variabilidad en las formas de entender y practicar el nacimiento y, aún partiendo de la hegemonía de la institución médica que permea todos los discursos, las mujeres pueden ejercer un cierto poder en decidir cómo desean ser asistidas en sus partos. Analizaremos por

¹² Traducción libre de la autora.

tanto cómo las mujeres hoy, junto con algunos/as profesionales, están siendo agentes de cambio.

En nuestro territorio y a lo largo de los años noventa destacamos investigaciones como las de Teresa Ortiz (1993, 1996a, 1996b, 1997, 1999), en la historia de la medicina, básicas para entender las transformaciones ocurridas en la profesión de las comadronas y el proceso hacia la hegemonización del sistema médico desde la óptica de género. Ya en el campo de la antropología Susana Narotzky (1995), en la revisión crítica a la atención al embarazo y parto -entre otros-, aporta puntos de anclaje para el análisis de los hallazgos en nuestra investigación; Carmen Díez Mintegui (1995), también desde la antropología ofrece un estudio relativo a la maternidad, y finalmente los de la propia autora (Montes, 1999a, 1999b), centrados en el análisis de la medicalización del nacimiento. Pero es a partir del año 2000 cuando se está produciendo una mayor afluencia de publicaciones sobre el tema -Díez Mintegui, (2000); Esteban (2000, 2001^a); Imaz, (2001, 2002); Bodoque y Montes (2003); Montes y Bodoque, (2002) y Blázquez (2005)- las cuales nos proporcionan elementos para comparar y verificar los hallazgos de nuestra investigación, con la que esperamos contribuir a ampliar el campo de una antropología del nacimiento con enfoque de género.

2. Antecedentes históricos

Dividimos esta revisión en varios apartados. En el primero, donde se recoge el nacimiento desde la antigüedad a la Edad Media, estará centrado principalmente en las aportaciones de autores/as occidentales que han investigado cómo se llevaba a cabo el nacimiento en Europa. En el resto de los apartados nos centraremos ya en la revisión de los discursos y prácticas que se han dado a lo largo de los siglos XVI al XX en el territorio español. Considerando que esta evolución no es un hecho aislado del resto de cambios sociales que se produjeron, hemos creído necesario realizar una revisión crítica de la situación social de las mujeres, más centrada en las comadronas.

2.1. De la antigüedad a la Edad media. Un oficio femenino

Las referencias a los primeros escritos sobre los sucesos del nacimiento son aportadas desde el Antiguo Testamento, en el que se narran dos partos (Génesis 38:27 y 35:16), uno de ellos con el resultado de muerte materna. La ayuda a las mujeres en el parto se presenta como una actividad exclusivamente femenina y se nombra la presencia de la persona experta: la comadrona o parteraza cual ya ocupaba

un lugar social reconocido, afirmación que también se aprecia en los trabajos de Jean Towler y Joan Bramall (1997); Margaret Alic, (1991); y Aline Rousselle, (1989, 2000).

De las representaciones que sobre el cuerpo femenino nos han llegado de este tiempo, es interesante revisar las referidas al útero, porque es a partir de estas representaciones que podemos encontrar la lógica de los cuidados y tratamientos en los partos que han prolongado su influencia más allá de la Edad Media. Al útero se le atribuía movilidad (Knibiehler y Fouquet, 1983; Rousselle, 1989) y capacidad de errar por el cuerpo; en consecuencia, será capaz de producir alteraciones en el parto además de enfermedades típicamente femeninas. Se considera que la mujer está dominada por él y que su carácter es reflejo de esta inestabilidad uterina. Para prevenir o curar los males que causa, el remedio aconsejado será el matrimonio seguido del embarazo. Esta interpretación entendemos que tiende a naturalizar la gestación como un bien necesario para las mujeres ya que, de lo contrario, el útero se exalta; además, esconde, justificándolo en esta naturalidad biológica, los intereses natalistas de la época (Harris y Ross, 1987). Por otro lado, Rousselle (1989) interpreta que los ataques histéricos padecidos por las mujeres en esta época, pudieron ser una forma de resistencia al sistema al que estaban sometidas.

Matrimonio y maternidad definían los límites de la vida de las mujeres en la Antigüedad, condiciones que estaban socialmente reguladas y que marcaban el destino y por tanto, su mortalidad (Rousselle, 2000:346). En Roma se casaba a las muchachas a edades tempranas –doce años- (ibidem:347), con lo que el riesgo de muerte en el parto podía venir dado tanto por la juventud de la mujer como por las múltiples posibilidades de embarazos y partos a los que estaban expuestas a lo largo de su vida. Rousselle define esta situación como *“manipulación social de la reproducción”* centrada en las mujeres y que actúa para su regulación, no para salvar la reproducción (ibidem:346) Los datos de muerte materna que nos aporta de la sociedad romana de los primeros siglos, están entre el cinco y el diez por ciento de los partos (ibidem:341).

También se conocía que la estructura de la pelvis podía condicionar el parto, de la misma manera que una posición alterada del feto, la mala salud de la mujer durante el embarazo por la deficiente alimentación (Harris y Ross, 1987), y las infecciones postparto. Para reducir los riesgos, en la Grecia clásica se invocaba la

protección de las diosas¹³ (Bruit Zaidman, 2000:432; Towler y Bramall, 1997:15). La medida más seguida por aquellas que su condición social se lo permitió fue la de la continencia: limitar el número de hijos era una manera de evitar la exposición a la muerte; aún así, la esterilidad fue más temida.

Otra de las características que se atribuyó a las mujeres es la de la contaminación e impureza por la “naturaleza” de sus funciones biológicas. Los fluidos corporales femeninos fueron considerados contaminantes siendo los más representativos la menstruación y los relacionados con los fluidos del parto. El parto hacía impura a la mujer y a quienes le ayudaban. Louise Bruit (2000:432) apunta cómo en la antigua Grecia era necesaria una ceremonia ritual después del parto para purificar tanto a la madre como a la comadrona¹⁴. Las mujeres, continúa la autora, son las que conocen los secretos del nacimiento “*portadoras de la impureza a causa de esa misma familiaridad*” (ibidem:432) y por ello son capaces de moverse sin riesgo entre los límites de lo misterioso y lo sagrado. Esta característica de contaminación considerada peligrosa para el ser humano, según Mary Douglas (1991), es una representación que interviene en la organización de un determinado orden social, cuyo simbolismo refleja la forma de relación entre hombres y mujeres y por el que se pretende dar una explicación al estatus inferior de las mujeres. Henrietta Moore (1996) aconseja analizar las creencias sobre contaminación y su asociación frecuente con las funciones que se consideran “naturales” del cuerpo humano en las que quedarán justificadas “naturalmente” la inferioridad femenina¹⁵.

Las mujeres fueron quienes prestaron apoyo al nacimiento, tarea atribuida por su condición femenina en una sociedad que menospreciaba su cuerpo¹⁶. Rousselle (1989) apunta que en la sociedad romana de los primeros siglos, el autoconocimiento a partir de la observación de sus procesos corporales era una actividad habitual de las mujeres y que algunas de ellas, las comadronas, adquirieron mayores conocimientos y actuaron como especialistas en el cuidado a las dolencias femeninas (ibidem:40).

¹³ Buscar la protección de seres superiores que aseguren un buen parto es una práctica que ha llegado hasta el siglo XX y que todavía se presenta en distintas culturas. Limón Delgado y Castellote (1980) nos aportan un análisis de estas prácticas en los inicios del siglo XX en el territorio español.

¹⁴ Los rituales de purificación se han practicado en nuestro contexto hasta más allá de mediados del siglo XX. Esta información nos ha sido transmitida oralmente por informantes matronas mayores. Es lo que se denomina “Misa de la parida”. Podemos encontrar referencias escritas en: Limón Delgado y Castellote (1980) y en Via, (1972). Fuera de nuestro contexto, ver Dinnison (1977:4).

¹⁵ Maurice Godelier (1986) expone un claro ejemplo de estos hechos.

¹⁶ Las representaciones del cuerpo femenino como impuro y portador de peligro para el hombre, mantuvo alejado el interés de los médicos hasta finales de la Edad media (Usandizaga, 1944).

Aunque esta autora las presenta como expertas, no nos ha llegado ninguna obra escrita sobre su saber por lo que deducimos que la posibilidad de instrucción fue un privilegio de pocas. Sorano de Éfeso¹⁷, en el que se considera el primer libro para comadronas, afirma que debían saber leer y escribir como requisito previo importante para ejercer como tales (Towler y Brammall, 1997:18).

En la era cristiana se supone que estas profesionales gozaban de un reconocimiento social establecido, pero la ideología de esta religión mantuvo y contribuyó a reforzar la inferioridad y subordinación de las mujeres. Se atribuye indiscutiblemente a las matronas el hacer de la obstetricia durante los años 750 a 1100 en el territorio español y lo mismo sucedía en el resto de Europa (Usandizaga, 1944). El dominio árabe se había instaurado y este pueblo prohibía que *“una mujer se aproximase a otro hombre que no fuera su esposo”* (ibidem:22). Al pudor femenino, continúa el autor, se sumaba *“la gran repugnancia de los médicos a tratar sus enfermedades”* (ibidem:26). La matrona era pues la encargada del cuidado a las mujeres y *“todas las operaciones eran siempre practicadas por las comadronas”* (ibidem:26). Esto se puede ver reflejado en las imágenes de la asistencia al parto que nos aporta el arte medieval (Usandizaga, 1970; Laurent, 1989; Frugoni, 1994)¹⁸, aunque sólo se nos muestra cómo sucedían los nacimientos de la clase social acomodada.

En las zonas rurales cualquier mujer con cierta experiencia ayudaba al nacimiento. Estas mujeres eran miembros de la misma comunidad y partícipes de las mismas formas de socialización que las mujeres a las que atendían y, por tanto, compartían con ellas preocupaciones y problemas (Canals, 1998). Es de suponer que entre las matronas unas fueran más expertas que otras pero aún así, posteriormente, se ha considerado que tanto ellas como el nivel de su práctica durante la alta Edad Media, se encontraba por debajo del de las matronas de los primeros siglos y el parto estaba estrechamente relacionado con la muerte (Towler y Bramall, 1991; Laurent, 1989:223).

¹⁷ Sorano de Éfeso: médico romano del siglo II, citado en Towler y Brammall, (1997:18); Laqueur, (1994:70).

¹⁸ En el siglo XV, informan Alexandre-Bidon y Closson (1985), comienza a apreciarse la presencia del cirujano en los partos difíciles y en los de las familias acomodadas.

Por otro lado, la medicina permanecía en un escaso o nulo avance (Usandizaga, 1944:184). Se traducían los textos hipocráticos y galénicos aún vigentes y la disección de cadáveres seguía prohibida. La religión católica puso freno al pensamiento filosófico y científico ya que amenazaba los fundamentos mismos de su poder (Thomaset, 1994). Religión y superstición tomaron el puesto en el pensamiento racional. La religión cristiana ha considerado la enfermedad como un castigo divino o también como un don, una prueba de fe que daba la oportunidad de expiar los pecados y culpas aquí en la tierra, por lo tanto, era inútil y hasta irreverente emplear remedios (Laín Entralgo,1983). Sólo Dios, con su voluntad, podía mandar tanto la enfermedad como curarla.

En este pensamiento, la concepción ideológica sobre las mujeres no es mejor respecto a tiempos anteriores. Son vistas como representantes de Eva pecadora ya que el modelo de virgen y madre propuesto por el cristianismo fue inalcanzable. Por ellas se transmite el pecado original a toda la humanidad y se hace presente el mensaje del Todopoderoso: *“Aumentaré tus dolores cuando tengas hijos y con dolor los darás a luz. Pero tu deseo te llevará a tu marido, y él tendrá autoridad sobre ti”* (Génesis, 3-16), mensaje que será el marco en el que se desarrolle la realidad reproductiva. Por otra parte, aunque la Iglesia condenaba la superstición, se admitía que para paliar o alejar los problemas del parto, se mantuviera la costumbre de usar amuletos o de realizar sortilegios que proporcionaran protección, así como buscar a una virgen o santo que cumpliera o reforzara la misma función.

Claudia Opitz (1994) por su parte apunta que las comadronas y parteras asistían los nacimientos y conocían todo lo relativo a la salud femenina en la Baja Edad Media, pero que sus conocimientos y habilidades *“no eran tan amplios como se supone hoy día”* (1994:350) y que *“los medios con que contaban las parteras (...) eran escasos y limitados”* (ibidem:351). Se supone que los partos difíciles tenían un final desgraciado. Esto, nos dice Opitz, se desprende de las descripciones de partos en los relatos milagrosos en los que se da cuenta del pavor que embargaba a las mujeres de la época – de cualquier clase social- ante la idea del parto. Esta misma afirmación es apoyada por Sylvie Laurent (1989:223), quien en su estudio nos informa de que la religión católica pedía que las mujeres embarazadas se confesaran antes del parto.

La atención que se ofrecía al parto estaba más enfocada a “dejar hacer a la naturaleza” y, sólo cuando éste se presentaba largo o difícil, utilizaban recursos como

infusiones, sahumeros¹⁹ o ritos mágico-religiosos (Laurent, 1989; Usandizaga 1944)). Montserrat Cabré i Pairet (1988:34) considera que todas las mujeres tenían unos saberes sobre remedios de curación que eran más amplios que los estrictos del parto. Este saber fue una necesidad funcional por el lugar que ocupaban: la casa. Las mujeres estaban destinadas a criar a los hijos y cuidar de la familia, y proporcionarse ayuda mutua fue una necesidad de solidaridad para la subsistencia (Bidon y Closson, 1985:52). Pero la posesión de estos conocimientos y prácticas en una época en que las supersticiones y mitos formaban parte del universo de creencias reales, les llevaría en no pocas ocasiones a ser calificadas de brujas, situación nada envidiable en su tiempo (Caro Baroja, 1995) y que recayó principalmente en las comadronas, también llamadas “mujeres sabias”, que durante toda la Edad Media, fueron quienes controlaron y transmitieron el saber en torno a la reproducción (Usandizaga, 1970; Donnison, 1977:4; Cabré i Pairet, 1988) que seguía desarrollándose en el espacio de la privacidad.

La obsesión por las brujas nos dice Frugoni (1994), puede ser consecuencia del temor a que las mujeres pudieran asumir las mismas prerrogativas masculinas en un tiempo en que la medicina docta parecía comenzar su expansión, aunque poseía unos conocimientos que no se diferenciaban del saber popular en una mezcla de encantamientos y rituales “*con tratamientos más científicos heredados de Grecia y Roma*” (Ehrenreich y English, 1990:50), y que necesitó del saber empírico de las curanderas y matronas para crear su propio cuerpo de conocimientos.

El uso de conjuros, la creencia en supersticiones y el recurso de la magia nos muestran una sociedad que busca una explicación a sucesos que escapan de su control. Para comprender estos hechos en su totalidad, Caro Baroja (1995) propone que se tenga en cuenta la globalidad de la sociedad donde se dan. Eran épocas de guerras, pestes y calamidades, donde la muerte era una posibilidad muy próxima. En la realidad de la vida del ser humano “*lo divino y lo demoníaco, el orden y el caos, el bien y mal, se hallan en pugna constante*” (Caro Baroja, 1995:19), y la sociedad rural era una sociedad empobrecida e iletrada. La frontera entre la realidad y el mundo imaginario carecía de contornos claros y el sistema de sanciones, religiosas o legales, apunta el autor, se adaptaba a este “sentido mágico” de la existencia.

¹⁹ Tratamiento con el humo de una sustancia aromática. En obstetricia se utilizaba en los partos difíciles con el objetivo de que la criatura saliera atraída por el buen olor.

El nacimiento ha estado asociado tradicionalmente al espacio de lo misterioso y lo imprevisible. El embarazo y el parto han sido rodeados de ritos, atribuyendo propiedades mágicas al cordón umbilical, las membranas o la placenta (Laurent, 1989; Tibón, 1992; Towler y Bramall, 1997: 25), sobre los cuales se imaginó que conferían poder a quienes los utilizaba (Laurent, 1989; Donnison, 1977:4). La asociación entre nacimiento, mujer y brujería tuvo su presencia a lo largo de todo el período inquisitorial (Carmona Alférez y Polonio Armada 1997; Towler y Bramall, 1997:44). A la mujer, escribe Caro Baroja (1995), según los textos bíblicos, autores paganos y padres de la iglesia la han conceptualizado como más predestinada al mal que el hombre y, en otro apartado haciendo referencia al *Malleus Maleficarum*²⁰, apunta que se consideraba que “*las maléficas se dan mucho entre comadronas o parteras*” (ibidem:129). La actividad de estas mujeres estuvo bajo supervisión de la Iglesia en su celo por la salvación del alma de los recién nacidos con riesgo de muerte, a quienes la partera debía proporcionar el bautismo de urgencia; así, la demostración de buenas costumbres y moral intachable fue uno de los requisitos para el ejercicio de la partería (Donnison, 1977:4)

La medicina sobre las mujeres permanecerá anclada hasta el siglo XVII, frente a los progresos médicos en otras áreas (Berriot-Salvadore, 2000:385), posiblemente porque la moral y valores de la época no permitían que las mujeres fueran visitadas por hombres, o porque la imagen social consideró a las mujeres como incompletas, defectuosas, más cerca de lo animal que de lo humano (Ibidem: 387 y 397) y por esto, sin interés; y finalmente y, como consecuencia de lo anterior estaría la “repugnancia” que manifestaban los médicos cuando hacían alusión a este tema (Usandizaga, 1944). Así, la presencia de la partera con un saber reconocido o no por el poder político, y el apoyo a otras mujeres como deber moral y necesidad, se ha seguido practicando durante siglos y supuso la única asistencia cualificada a la que tuvieron acceso las mujeres en sus partos. La ignorancia de las parteras, expone Adrienne Rich (1996), y el desinterés de la medicina hacia la anatomía femenina y técnicas del parto “*no fueron inevitables: fueron la consecuencia de la misoginia institucionalizada*” (Ibidem:216).

²⁰ *Malleus Maleficarum* (Martillo de las brujas). Manual del año 1487 para uso de los inquisidores, escrito por los dominicos alemanes Jacob Sprenger y Heinrich Institorir (García Estébanez, 1992:137). Aparece referenciado además, en todos los estudios de la Edad Media relacionados con comadronas.

2. 2. La formación de las comadronas como objetivo

Todos los/as autores/as revisados hasta ahora coinciden en afirmar que en el siglo XV las comadronas contaban con una deficiencia alarmante de conocimientos. Su actividad estaba controlada bien por la Iglesia, más interesada en valorar sus cualidades morales que su destreza técnica, o por un médico que, en opinión de Towler y Bramall (1997), en la Baja Edad Media:

Es improbable que supiera nada sobre fisiología del embarazo, parto o el puerperio. Lo más probable es que ni siquiera hubiese presenciado un parto normal (...) consideraban que el proceso real del nacimiento en sí, se situaba fuera y por debajo de su esfera profesional (Ibídem:56).

Pocas fueron las mujeres que tuvieron acceso a una mínima instrucción, el analfabetismo estaba muy extendido entre las clases medias (Martínez-Burgos 2000:599), y era casi total entre las clases menos favorecidas. Aún así, a las matronas se les reconoce capacidad jurídico-legal como legitimadoras de la filiación²¹ (Usandizaga, 1944:40; García Martínez, García Martínez y Valle Racero, 1996/97:71). A partir del siglo XV se percibe en toda Europa un movimiento interesado en la regulación de la actividad de estas mujeres para elevar su formación. La aparición de la imprenta facilitó la difusión de las obras destinadas a este objetivo. Se tradujo el libro para parteras que Sorano de Éfeso había escrito 1.400 años antes (Towler y Bramall, 1997: 58), y en nuestro país se publicaron sucesivamente cuatro tratados más. Damián Carbó (1541), Luis Lobera de Ávila (1551), Francisco Nuñez de Coria (1580) y Juan Alonso Ruyzes de Fontecha (1606)²² fueron sus autores.

La novedad de estas obras es que estaban escritas en lengua vernácula y fueron por ello, accesibles a toda la población. Su revisión nos presenta la imagen de cómo se encontraba el saber médico de la época, sus valores, y la condición social de las mujeres. Así, continúa vigente la atribución de movilidad al útero y, por ello, el uso de sahumeros será una práctica muy recomendada. También se sigue utilizando la

²¹ Esta función se refleja explícitamente en las partidas de Alfonso X El Sabio y se relacionan con la legitimación filial ante la muerte del padre y el derecho a la herencia en familias nobles. Puesto que sólo las mujeres asistían los partos, en la partida VI, Tit. VI, Ley XVII, se aconseja “*enviar cinco buenas mujeres que sean libres, que le caten el vientre*” y en el parto “*dos otras mugeres sabidoras que sean usadas de ayudar a la muger*” (Citado en Usandizaga, 1944:40). Posteriormente se recoge esta actividad en el siglo XVI. Por otro lado, Donnison (1977:3) nos informa de esta práctica de peritaje en Inglaterra ante la muerte del recién nacido o el cambio de criatura cuando ésta no se corresponde con el sexo deseado.

²² El acceso a estos textos se ha realizado a través de los estudios de Ana Martínez Molina (1994-1995).

teoría de los humores²³ y su influencia sobre el embarazo y parto, por lo que se aconseja realizar sangrías como tratamiento a los excesos de la sangre. En estos tratados encontramos una explicación a los síntomas del embarazo que nos acercan al diagnóstico del sexo fetal. Si el color de la cara de la madre es bueno, el cuerpo ligero, y tiene buenos sueños, apunta Carbó, es que ha gestado un varón, ya que *“todo esto no viene sino por mejor disposición de la sangre y mejor contentamiento de la natura por haber procreado lo más perfecto que es el varón”* (Martínez Molina, 1994a:59) En esta lógica, el parto de un hijo varón será más fácil, ya que tiene mayor vigor.

Aunque prohibida la superstición, se recomiendan utilizar todo tipo de amuletos, de forma que Ruyzes de Fontecha admite que el cuello de las mujeres embarazadas puede llegar a parecer *“tienda de buhonero, o basar de aldea”* (Ibídem: 1995b:71). Este autor comienza a anteponer el criterio médico frente al de la Iglesia, al eximir a las embarazadas del ayuno por consejo médico, y utilizará la astrología, también prohibida, como ayuda en la solución de problemas. En su obra se refleja que siempre quedó el recurso y consejo de acudir a la Divina Providencia cuando las cosas se ponían difíciles.

Resulta complejo en la actualidad establecer una diferenciación clara entre lo que es saber popular y saber médico, o lo que se consideró científico frente a lo supersticioso, y es que prácticas “científicas” y tradicionales no han sido muy diferentes durante siglos (Freidson, 1978; Canals y Romaní, 1996). Aún así, los autores médicos citados se definen como poseedores del conocimiento y lo certifican haciendo referencia asiduamente, como sus coetáneos, a Hipócrates, Galeno o Avicena, en quienes justifican la científicidad de sus intervenciones. Sus textos se limitan a reproducir los conocimientos y valores dominantes y, aunque el objetivo inicial de estas obras dice estar enfocado a mejorar la formación de las matronas por ser ellas quienes siguen asistiendo los nacimientos, surge la duda al observar que, curiosamente, algunos de ellos apenas las nombran y Ruyzes de Fontecha asegura que *“pretender que fuesen letradas y estudiosas era como pedir peras al olmo”* (Ortíz Gómez, 1996b). De la misma forma, el que estas obras llegaran a una población rural

²³ Teorías hipocráticas en las que el equilibrio de los cuatro humores: bilis, agua, sangre y flema, relacionados con las cualidades de caliente/seco, frío/húmedo, eran la base para el mantenimiento de la salud, además de ser utilizadas para definir las características de las personas. Ver: Thomasset (2000:78-79), Esteban (2001:23).

en su mayoría analfabeta, es una posibilidad remota. Más bien se percibe la intención de un interés creciente por parte de la medicina hacia un espacio hasta ahora poco atractivo y en cierto modo vedado (Ortiz Gómez, 1996a). Estas publicaciones justifican sus incursiones teóricas en obstetricia estableciendo su autoridad en un campo del que lenta y progresivamente se irán apropiando (Martínez Molina 1994b; Ortíz Gómez, 1996b) y que contribuirán a legitimar su saber y su imagen social.

2.3. Presencia e irrupción de los cirujanos en el parto

Hasta el siglo XVII la asistencia al parto estuvo exclusivamente en manos de las mujeres, aunque se encuentran algunas referencias donde se especifica que si éste se presentaba difícil debían llamar al cirujano²⁴. Por otro lado, Usandizaga (1944:22) apunta que la cirugía no era digna del médico y que esta tarea era realizada por charlatanes y barberos-cirujanos²⁵, cada vez más interesados en el campo de la obstetricia, establecidos en gremios (Ortíz, 1996a), cuya formación progresivamente adquirió reconocimiento social hasta más tarde llegar a formar parte de la medicina. La entrada masiva de los varones a la asistencia al parto data del siglo XVII, y de ser un asunto privado, pasa a ocupar un espacio público de interés para los Estados (Knibiehler y Fouquet, 1983:179; Ortíz y Sánchez, 1995:250; Rich, 1996:21). Del proceso de profesionalización quedaron excluidas las comadronas y, aunque algunas defendieron su espacio de saber²⁶ frente al protagonismo cada vez mayoritario de los cirujanos, sus actividades fueron progresivamente limitadas o prohibidas, aludiendo a “*que era una profesional no licenciada en medicina y otras artes útiles*” (Towler y Bramall, 1997:46).

Todas las autoras consultadas apuntan que la presencia de los cirujanos en los partos fue bien aceptada por la Iglesia. Sus funciones se basaban en el empleo de instrumentos cuyo uso estaba prohibido para las comadronas y que eran de su

²⁴ La actuación de los cirujanos estaba enfocada a la extracción del feto vivo mediante cesárea *post mortem* (Donnison, 1977:2) o muerto mediante embriotomía (Usandizaga, 1944:131). Si no había cirujano, estas actividades debía hacerlas la matrona (Towler y Bramall, 1997:35; Laurent, 1989:225).

²⁵ Las alusiones de desprestigio hacia profesionales que podían competir con la medicina son habituales en textos médicos. De las referidas a las comadronas todavía se pueden encontrar en la actualidad. Ver: Carrera Maciá (1978:10), o Williams (1999:1).

²⁶ Teresa Ortíz (1996a, 1996b, 1997, 1999) ha realizado un excelente investigación sobre la situación histórica de las matronas en nuestro país. Ver también sobre este tema: Cabré y Ortíz (2001), Rich (1996) y Towler y Bramall (1997).

exclusiva competencia. La aparición del fórceps en el siglo XVII parece ser el detonante decisivo en el establecimiento de la autoridad de los cirujanos sobre las comadronas (O'Dowd y Philipp, 1994; Rich, 1996; Towler y Bramall, 1997). Aquellos tenían una mayor formación, y la licencia para la práctica de las comadronas siguió siendo controlada básicamente por la Iglesia durante el siglo XVII (O'Dowd y Philipp, 1994; García Martínez A,C, García Martínez, M,J y Valle Racero, 1996-97; Towler y Bramall, 1997:99). Cirujanos y comadronas entraron en competencia y se definieron los límites de las prácticas de cada cual; a las matronas se les asignó la asistencia de los partos normales, situación que sigue vigente en la actualidad.

El progreso de la cirugía no anuló inicialmente la práctica de las comadronas (Rivera Garretas, 1988) probablemente, afirma Cabré i Pairet (1988), *"porque no se podía prescindir de bon principi de los servicios de estas mujeres"* (Ibídem:34). La actividad de los cirujanos y médicos estuvo centrada en las ciudades y fue mayoritariamente utilizada por la clase social que podía pagar sus servicios (Bumm, 1940:6); pero, una gran parte de la población, entre el 80-85%, seguía viviendo en zonas rurales, en pequeños núcleos, aldeas o casas aisladas donde no llegaba el cirujano, y donde la ayuda de la comadrona o de otras mujeres siguió siendo un recurso indispensable.

En la evolución de la asistencia al nacimiento se refleja el sesgo de género característico en la organización social del trabajo. Mientras la asistencia al parto perteneció al espacio de lo privado como tarea manual femenina, no estuvo socialmente considerado. Con su paso a la esfera pública, se elevó su prestigio y reconocimiento y, con ello, el interés creciente de los varones por dicho trabajo. A éstos, opinan Ortíz y Sánchez (1995), les correspondió *"la representación y autoridad técnica y científica"*, y las matronas *"supeditadas a la autoridad quirúrgica, quedaron en el espacio doméstico, simbólico y real, del día a día de la asistencia a los partos normales"* (Ibídem:250).

2.4. Formación de las mujeres. Representaciones y límites

La situación de usurpación que las mujeres-matronas sufrieron fue consecuencia de una organización social en la que las ideas que sobre ellas se mantenían las limitaba al rol del hogar, en la obediencia y supeditación al poder masculino. Podíamos preguntarnos, como también lo hizo Philippe Hecquet (1990), si no sabían ¿por qué no se las enseñó?, si eran ignorantes ¿por qué no se pusieron a

su alcance los medios para elevar su formación? Estas preguntas, como señala Rich (1996), *“no se refieren simplemente a la historia de parteras u obstetras”* (Ibídem:199), implican a todas las mujeres; son preguntas políticas.

La necesidad de elevar la formación de las mujeres surge como consecuencia de los cambios sociopolíticos que tienen lugar con la Ilustración. El control de la actividad de la población se establece cómo fuente de riqueza y bienestar, tanto propia como para el Estado (Varela, 1988:248). Educar a los individuos, mejor desde su infancia, garantizará la obtención de sujetos productivos, útiles y dóciles, afirma Julia Varela (1988), y para ello, la educación será el primer objetivo. Pero esta educación se impartirá de forma diferenciada. La educación de las niñas, por considerarse más natural que social (Ballarín, 2000:625), se realizará en el hogar siendo la madre el mejor ejemplo de modestia y aplicación. Así lo expone claramente Josefa Amar y Bordón (1994): *“Por lo que toca a las hijas parece debe ser todavía mayor la vigilancia de las madres, porque a decir verdad no se habían de separar de su lado, ni tener otros maestros”* (Ibídem:137). Tanto Pilar Ballarín (2000) como Amar de Bordón (1994) y Varela (1988) coinciden en señalar que la educación de las mujeres estuvo enfocada más a una formación moral que a la adquisición de instrucción. La representación de que el fin primordial para el que naturalmente estaban ya preparadas era maternidad, unido a su inferioridad biológica, también natural (Simón Palmer, 1997), no apoyaba la necesidad de su formación cómo objetivo, es más, se veía cómo una fatalidad. La Ley de Moyano (1857), estableció la obligación de crear escuelas tanto para niños como para niñas, pero la instrucción de éstas siguió siendo más pobre y dirigida a *“convertirlas en buenas madres de familia”* (Varela, 1988:257).

Las mujeres que accedieron a una mejor formación estuvieron en la línea que corresponde a la prolongación de las tareas consideradas femeninas, entre ellas las matronas. Su actividad, ya regulada en 1750, se normaliza a principios del XIX (Álvarez Ricart, 1988; Valle Racero y García Martínez, 1994; Terré Rull, 1997; García Martínez y García Martínez, 1998-1999) y se mantiene el control sobre sus características sociales, religiosas y morales. La formación de estas mujeres se establecía como obligatoria en las ciudades, y respondió a las normas educativas de la época. Se dará *“a puerta cerrada y en horas distintas a las de los practicantes”* (Álvarez Ricart, 1988:176). Por otra parte se definen claramente los límites profesionales: *“No podrán por sí hacer operación alguna, ni disponer o recetar medicamentos de ninguna clase, debiendo llamar en los partos laboriosos y difíciles a*

un Cirujano aprobado" (Valle Racero y García Martínez, 1994:66). El control médico del parto se extendió entre la clase acomodada, signo de buena posición económica, dice Yvonne Knibiehler (2000:347). Las clases modestas llamaban a las matronas, y las más pobres acudían al hospital, ya establecido como lugar de aprendizaje y desarrollo de la ciencia médica (Ortíz Gómez, 1999:59).

En opinión de Knibiehler (2000), *"nada asegura que antes de 1870 la intervención médica haya reducido la mortalidad"* (Ibidem:348) y las cifras más bajas corresponden a la asistencia de los partos por comadronas empíricas, eso sí, *"en un espacio abierto (...) verdadero paraíso antiepidémico"* (ibidem: 348). En nuestro país, no faltan alusiones de desprestigio a la escasa formación de las comadronas (Sánchez Arcas, 1971; Limón y Castellote, 1980; Álvarez Ricart, 1988), se las responsabiliza de no saber *"elevar su oficio a una profesión más científica"* (Sánchez Arcas, 1970:248), por lo que se justifica la necesidad de la presencia del cirujanos. Sin entrar ya en la cientificidad de los saberes médicos de su tiempo, estas manifestaciones procedentes casi siempre de escritos médicos, no se considera la situación sociocultural, económica y valores de la época y, ocultando esta realidad, revalidan su poder justificando la naturalidad de que el orden social está lógicamente establecido. Como apunta Ballarín (1995), la instrucción o no de las mujeres *"es una cuestión social interesada, que se ha justificado moralmente primero y científicamente después"* (Ibidem:232).

2.5. Transición demográfica e implantación del modelo médico hegemónico

Consideramos la transición demográfica -siglo XIX y primeras décadas del siglo XX- como una importante etapa en la que se introducen nuevas representaciones respecto a la salud en general y particularmente en la salud materna e infantil. El interés que ha movido el estudio de esta transición ha sido la búsqueda de los factores que dieron como resultado los cambios demográficos: de altas tasas de mortalidad y fecundidad, se pasó progresivamente a una reducción significativa de ellas. Knibiehler (2000) comenta que en Francia la disminución de nacimientos ya se venía produciendo desde finales del XVIII, en el norte de Europa comenzó después del 1870 y una década más tarde en nuestro país (Perdiguero,1995:227). Knibiehler (2000), relacionando estos datos, concluye que la reducción de la natalidad no es consecuencia de la industrialización ni del descenso de la mortalidad infantil, sino *"un fenómeno complejo, en el que se entrecruzan factores económicos, culturales y psicológicos"* (Ibidem:360), en los que, como apunta Erica Bornay (1990:78) y recoge

Simón Palmer (1997:42), la mayor formación de las mujeres parece tener una influencia decisiva.

Fausto Dopico (2000) afirma que el descenso de mortalidad *“se generalizó con anterioridad al empleo de las sulfamidas, los antibióticos y la casi totalidad de los medios farmacológicos que hoy consideramos eficaces para combatir las enfermedades infecciosas”* (Ibídem:598), observación que ya hizo Michel Foucault (1990:122). Es difícil precisar cuáles fueron las variables más influyentes y todos/as los/as autores/as coinciden que el acercamiento debe realizarse desde una perspectiva multifactorial relacionando los cambios socioeconómicos con la modificación de los hábitos y costumbres, creencias y valores de los individuos (Foucault, 1990:122; Perdiguero, 1995:226; Robles González, Bernabeu Mestre y Benavides, 1996:123; Dopico, 2000:597; Menéndez, 1998:37).

El progreso científico médico fue un factor más de la transición como también producto de ella. Josep Bernabeu Mestre y Contada Sancho (1991:80), recordando que en los años setenta del siglo pasado se imputaba la reducción de la mortalidad a los éxitos de la tecnología sanitaria, subrayan que estos éxitos no son resultado único de su intervención, como ya había expuesto Foucault (1990), que resalta que en la reducción de las tasas de mortalidad tienen más influencia las variables del medio que el consumo médico; es más: *“Para una vida prolongada, es preferible poseer un mayor nivel educativo que un mayor consumo médico”* (Ibídem:116). Apoyando esta tesis, está también el trabajo de Elena Robles Gonzalez, Josep Bernabeu Mestres y Fernando Benavides (1996), donde muestran que hay una clara relación entre *“la duración del periodo educativo de las madres y la reducción de la mortalidad infantil (...) Por cada año adicional de escolarización a la madre, la mortalidad infantil se reduce entre un 7 y un 9 %”* (Ibídem:130). Parece pues, y como se refleja anteriormente, que una mejor formación de las mujeres, responsables directas de las criaturas, está relacionada con una más baja natalidad y una mayor esperanza de vida en los niños/as.

Suponemos que los cambios socioeconómicos y de valores también repercutieron en mejoras en la asistencia al nacimiento, pero antes se tuvo que superar la enorme traba que supuso la fiebre puerperal que se dio en los hospitales del siglo XIX. Contrariamente a los escritos que seguían desprestigiando a las comadronas a las que se intentó anular profesionalmente (Álvarez Ricart,1988:180;

Towler y Bramall, 1997:231), la fiebre puerperal estaba directamente relacionada con la asistencia médica al parto en los hospitales (Thorwald, 1970:249; Bernis Carro y Cámara Gozález, 1982:213; Rich, 1996:228; Knibiehler, 2000:348). Pero, curiosamente, en las investigaciones médicas de los factores que podían intervenir en la aparición de esta enfermedad, se consideró que eran las propias mujeres quienes presentaban una predisposición morbosa: *“la disposición a la purulencia”* (Trousseau, 1878:529), que podía ser transmitida, por solidaridad, al recién nacido. Esta interpretación responde a la lógica de un pensamiento que sigue considerando a las mujeres como contaminantes; es más, esta *“disposición purulenta”*, confirma el autor, se da también, pero en menor medida, en cada flujo menstrual.

Por los discursos y análisis que nos aportan los/as investigadores/as de la transición demográfica, no parece que la asistencia al parto en el domicilio²⁷ se presente como un problema social, ni se hace mención a la mortalidad materna en ellos, por lo que deducimos que estarían dentro de las cifras de mortalidad general aceptables en su época (Dopico, 2000:60). La reducción de la mortalidad infantil en sus primeros años será el objetivo hacia donde se dirigirán las campañas de educación y moralización, y con ellas, el surgimiento de una nueva especialidad médica: la pediatría (Ballester y Balaguer, 1995:184).

La respuesta a lo que se percibe cómo una “tranquilidad aparente” del sistema médico con respecto al trabajo de las matronas que siguen asistiendo partos, es consecuencia de que ya estaba establecida su hegemonía (Bornay, 1990:59; Ortíz Gómez, 1999:58) profesional y económica (Bumm, 1940:5)²⁸ sobre este campo; así se desprende del manual para matronas de Francisco Alonso Rubio (1866: II,265) que, después de recordarles sus limitados conocimientos, que el mismo autor se encarga de asegurar, les recuerda que *“faltaría á la Ley y á sus más sagrados deberes (...) si no se apresurase á convocar un profesor entendido y de merecida opinión en los partos que se separan del orden natural”* (ibiden: 265-166), reconfortándolas con la satisfacción del deber cumplido con lealtad. Por otro lado, se abría un nuevo horizonte sobre el que intervenir: el mundo de los niños, que siempre estuvieron al cuidado de sus madres.

²⁷ Bernis Carro y Cámara González apuntan cómo en 1860 en los hospitales de París la mortalidad materna era del 34% frente a un 4-7 % en los partos en el domicilio (1982:213).

²⁸ En el siglo XIX el hospital ya se había convertido en el centro de formación de las matronas y algunas trabajaban en ellos bajo la supervisión y el control médico del cual eran ayudantes (Planellas, 1891:374; Terré Rull, 1997:378). El control sobre las matronas, ya estaba establecido (Ortíz Gómez, 1999).

A lo largo de los siglos XVIII y XIX surge en toda Europa una nueva concepción de los niños/as y fruto de la transformación social que se venía fraguando (Badinter, 1991). La elevada mortalidad infantil que se había venido produciendo en los siglos anteriores, se percibe ahora como una amenaza para los intereses del Estado, cuya principal riqueza descansará en el número de individuos productivos que lo componen (Morel, 1978: 304; Fuentes Caballero, 1996: 383; Badinter, 1991:125). El niño de hoy será el adulto del mañana y el niño se presenta, según se desprende de las obras de divulgación, *“como un producto de valor puramente económico, valor que traspasa el ámbito de lo doméstico para convertirse en social”* (Fuentes Caballero, 1996:383). La mortalidad infantil dejará de verse como un mal necesario, y su erradicación será el centro de interés al que se enfocarán todas las intervenciones de los higienistas que irán dirigidas básicamente a la introducción de cambios en el modo de crianza y alimentación a los niños/as. Los discursos de apoyo a la lactancia materna como garantía de la supervivencia de las criaturas, y para eliminar la lactancia mercenaria²⁹, inundan los textos de divulgación sobre la infancia utilizando los más variados argumentos: *“La lactancia materna es de institución divina, es un deber sagrado al cual ninguna madre puede sustraerse sin incurrir en las más grandes responsabilidades”* (Coll y Bofill, 1890:36) o, si la mujer no amamanta *“no es una mujer, porque le falta llenar una de sus principales funciones y queda reducida a media mujer, patológica e incompleta”* (ibidem:34)³⁰.

De los/as autores/as revisados se desprende que las políticas higienistas se estructuran desde la articulación de diversos intereses. El primero de ellos y que valida las intervenciones, será el de reducir la mortalidad infantil y elevar el nivel de salud; finalidad dirigida a las mujeres como centro de transformación y sujetos transformadores, que las coloca en una situación de responsabilidad-culpa, guardianas de los valores morales e higiénicos y que, aún en esa apariencia de manejo del protagonismo que se les otorga, las autoencarcela en un hogar ideal al servicio de una familia cuya ideología les viene impuesta desde las clases dominantes del modelo burgués (Perdiguero, 1995:236). Otro de los claros intereses fue el de la imposición del modelo médico alopático que, auto-respaldado en los valores que se le

²⁹ La lactancia mercenaria se considera a la lactancia ofrecida por nodrizas contratadas.

³⁰ Coll y Bofill, J (1890) *Reglamentación de la lactancia mercenaria en Barcelona*. Barcelona. J. Balmes Planas. Citado en: Fuentes Caballero, Teresa (1996). De esta autora y del mismo tema ver: (1997).

suponen al conocimiento científico (Alonso Rubio, 1866)³¹, se presenta como el único legitimado y preparado para manejar la salud y la enfermedad (Perdiguero y Bernabeu Mestre, 1997:58; Fuentes Caballero, 1996:394). Desterrar el saber popular y acogerse al mandato de la “ciencia” médica cómo la única verdad, se presenta reiteradamente en las obras de divulgación cómo el único camino que garantizará la salud física y moral. Optar por otras alternativas tiene presente la amenaza de la muerte.

La repercusión social de estos discursos tuvo su efecto en las ciudades y en familias de buena posición económica donde la mujer burguesa instruida, se convirtió en un elemento de colaboración médica al difundir e introducir las nuevas representaciones entre las clases populares, en las que el índice de analfabetismo femenino ascendía en 1870 al 81%, disminuyendo en diez puntos en el 1900. (Ballarín Domingo, 2000:627; Perdiguero , 1995:229).

2.6. El nacimiento a principios del siglo XX. Saberes y prácticas

Este apartado nos proporciona el punto de partida sobre los saberes y las prácticas que se daban alrededor del nacimiento a primeros del siglo XX en España, y que consideramos conforman el enlace explicativo entre el pasado y el futuro: nuestro presente, en el que se siguen reflejando algunos de sus discursos, aunque resulten lógicamente modificados por la asunción de nuevos valores sociales. El material revisado corresponde a las publicaciones que se han realizado a partir de la encuesta llevada a cabo por la Sección de Ciencias Morales y Políticas del Ateneo de Madrid en 1901. Analizamos las prácticas clasificadas por Antonio Limón y Cristina Castellote (1980:233) como profanas³², para complementarlas con los saberes y consejos de autores médicos que, alrededor y principios del siglo XX, nos aportan los conocimientos de la época³³.

Todas las sociedades construyen significados respecto a sus problemas de salud y promueven prácticas acordes con éstos. Representaciones y prácticas nos hablan de una estructura social determinada, en un tiempo y un contexto en los que, como sugieren Balaguer et al (1990), van a quedar reflejadas “*las condiciones*

³¹ Este autor nos aporta excelentes ejemplos del saber “científico” que se supone en poder del médico, utilizando un lenguaje que no deja lugar a la duda, pero que contrariamente, hoy sería difícil diferenciarlo del saber popular.

³² Las prácticas religiosas, aunque no son utilizadas en nuestro análisis, son de una gran riqueza y proporcionan una amplia visión de la cultura del nacimiento de su época.

³³ Los autores revisados son posteriores a la aceptación de las teorías de la asepsia.

políticas, económicas y sociales de los grupos implicados, así como del conocimiento disponible” (Ibídem:195). En el análisis de los saberes y prácticas sobre el nacimiento correspondientes al inicio del siglo XX recogemos cómo fue esta realidad social rescatando aspectos que aún siguen vigentes en la actualidad.

De los cuidados a la maternidad que nos han llegado a través de la encuesta citada, (Salillas, 1905; De Hoyos Sáinz, 1942; Limón y Castellote, 1980; Blanco, 1986) se desprende que el embarazo, pero sobre todo el parto, se seguían considerando sujetos a vicisitudes imprevisibles e incontrolables que podían poner en peligro la vida de la madre y el fruto de la gestación. La mujer embarazada, es así percibida como en un estado liminal, situada en la barrera de la normalidad y el riesgo, un riesgo que hay que conjurar para limitar su presencia y mantenerlo en un margen que permita llegar al final sin lesión. Para ello disponen de toda una serie de prácticas y rituales preventivos que llevarán a cabo la mujer y quienes la rodean³⁴, y que confieren seguridad y sensación de control sobre estos acontecimientos. Pero será básicamente a favor del feto hacia donde se dirigen muchas de las intervenciones protectoras, por ser la maternidad un estado altamente valorado. La mujer embarazada es el móvil en quien incidir, modificar o proteger. Como portadora de un bien, deberá atenerse a las normas y observar los tabúes sociales previstos y será, en gran medida³⁵, la responsable del bienestar y salud del producto de su gestación.

Recomendaciones y restricciones de legos y médicos se enlazan y complementan en objetivos comunes: asegurar el mantenimiento del embarazo, la formación fetal y facilitar el parto. Así, se recomienda limitar el esfuerzo físico, la moderación es el dictamen (De Hoyos, 1942:823) y en ella se aprecian diferencias sociales. A la clientela médica de posición acomodada se le aconseja: nada de equitación, natación o viajes largos en coche o tren (Varnier, 1900:65; Auvard, 1891:238), actividades que no estaban al alcance de la gran mayoría de la población. Contrariamente, Luis De Hoyos (1942:823) expone que las campesinas seguían con el trabajo habitual hasta el final de la gestación y esto, se asociaba con una mayor facilidad en el parto, opinión que también coincide con la de Simón Palmer (1985:258). La alimentación será otra área que cubre una amplia gama de significados preventivos

³⁴ Se trata tanto de prácticas religiosas que puede realizar la familia más allegada, como de prácticas o actitudes que deben considerarse socialmente cuando se está en presencia de una embarazada. La finalidad será siempre la de evitar riesgos a la mujer y al producto de su gestación.

³⁵ A principios del siglo XX se aceptaba que “los hijos los manda Dios”, pero en la conformación física de éstos, parece tener una influencia decisiva la actitud moral de la gestante.

que van a incidir en la buena y completa formación del feto³⁶, en el mantenimiento del embarazo y en un buen transcurrir del parto. Encontramos ya la práctica de la dieta (De Hoyos, 1942:822) frente al “comer por dos”, con miras a procurar un parto más sencillo, -discurso ampliamente utilizado también en la actualidad-. Pero en el transcurso del parto también va a influir el sexo de la criatura gestada como ya se venía representando en siglos anteriores. Los partos más fáciles, al igual que las características consideradas positivas durante el embarazo: estar más guapa, no tener manchas en la cara –el paño- o la forma más estética de la barriga, corresponderán a la gestación de un hijo; representaciones que nos reflejan el valor diferencial concedido a niños o niñas en la época.

También con los mismos objetivos se cuidará el estado emocional de las madres. Se les evitarán impresiones o sorpresas desagradables, y se aconseja no leer por considerar que las mujeres son fácilmente influenciables, ya que, por su inestabilidad emocional, corren el riesgo de identificarse con el relato (Simón Palmer, 1985:265). Pero esto que se asemeja a una debilidad femenina, tiene su contrapartida: la “potencia mental”, al conferir a la imaginación de la embarazada el poder de influir sobre el curso de su gestación y la formación del feto (Auvard, 1891:235), teoría que ya fue descrita por Ambroise Paré (1993:22) siglos atrás y que parece no haber sido modificada.

Los datos recogidos en la encuesta base de este apartado, corresponden en su gran mayoría a zonas rurales donde la presencia médica es menor que la de las comadronas “*sobre todo si se trata de clases sociales bajas*” (Limón y Castellote, 1980:240). Se refleja también que algo más de la mitad de los partos eran asistidos por personal cualificado (ibiden:240). La actividad de la partera empírica se hace necesaria, bien por falta de otro personal sanitario como por “*la repugnancia natural de las mujeres a ser asistidas por hombres*” (Blanco, 1986:25-26). La descripción que nos llega de estas mujeres y en general del trabajo de las comadronas, raramente ha sido bien calificada, frente a la pericia y buen hacer que se auto-otorga a toda intervención médica.

De cómo era la asistencia al parto nos interesa recoger algunos aspectos. Vemos que el marido está presente, porque de las posiciones que toman las mujeres,

³⁶ En este grupo deben incluirse los antojos. Para conocer su alcance ver: Limón y Castellote (1980:235); Blanco (1986:20) y está también contemplado en las recomendaciones médicas de Auvard (1891:235).

que pueden ser variadas, predomina la de sentada sobre sus piernas (Limón y Castellote, 1980:240), que sustituye, según informa Planellas (1891:376) a la silla de parir. Este mismo autor nos proporciona una revisión sobre qué posición se considera mejor y cual de ellas adoptan instintivamente las mujeres, aceptando y coincidiendo con Bumm (1940:251) en que éstas responden a las modas de la localidad, y nos aproximan a lo que más tarde se generalizará: los médicos “*son acérrimos partidarios de que todo el parto, se verifique en la cama*” (Planellas, 1891:376) en decúbito supino³⁷ o lateral.

Otro de los aspectos a resaltar es el interés que se dio en los textos de obstetricia al mantenimiento de la asepsia aunque en nuestro territorio “*costó un cierto tiempo que se generalizase*” (Usandizaga, 1944:282). Aceptadas las observaciones de Joseph Lister (1867)³⁸ por la comunidad médica, la antisepsia ocupará un capítulo central en sus obras (Auvard, 1891 y Bumm, 1940). Al ritual de la higiene de las manos y del instrumental, se une la desinfección de los genitales femeninos e incluso, sirviéndose de un espéculum, la vagina y el cuello del útero que reconoce Bumm, es una “*práctica verdaderamente dolorosa*” (1940:249). Con ello deducimos que la mujer es percibida como agente contaminante, a quien además se impondrá el uso del enema para la limpieza rectal (ibidem:250). Sin embargo, todavía no se ha implantado entre los médicos el uso de guantes para la exploración vaginal de la parturienta y, por las prácticas que nos aporta la encuesta, deducimos que tampoco entre las comadronas, con lo que la posibilidad de infección pudo ser habitual. Bumm (1940:246) sigue manteniendo sus dudas ante lo que cree la posibilidad de autoinfección de la mujer por los propios gérmenes vaginales –mencionada anteriormente- reforzando la ideología de la contaminación.

La tradición de la representación de las mujeres cómo contaminantes y contaminadoras se manifiesta claramente en las normas médicas higiénicas, y la asepsia parece más un eufemismo de esta ideología. Pero cuando las mujeres son asistidas por mujeres, y como se observa en los resultados de la encuesta, no se entrevé el concepto de contaminación. Entendemos que, como también opina Bruit

³⁷ Posición tendida sobre el dorso en un plano horizontal.

³⁸ Médico británico al que se le reconoció el descubrimiento de las prácticas asépticas en cirugía, disminuyendo en consecuencia notablemente la mortalidad. (Enciclopedia Larousse. Barcelona: Planeta, 1975).

(2000:432), las mujeres, consideradas portadoras de contaminación en sí mismas, no corren el riesgo de ser contaminadas ni contaminar a otras, la misma propiedad contaminante las protege. No obstante, la mujer que ha parido, acto considerado “natural” y contaminante por excelencia, antes de incorporarse a su actividad habitual, deberá pasar por el ritual transformador que contrarreste su potencial contaminador. La purificación socializadora de la mujer (Ortner, 1979:115)³⁹ vendrá dada por la “*misa de la parida*” (Limón y Castellote, 1980:247; Blanco, 1986:33) que, como apuntamos anteriormente, se ha venido practicando en nuestro contexto hasta los años setenta⁴⁰.

Así pues, desde los inicios del siglo XX ya están reafirmadas las bases de la hegemonía de la institución médica con poder sobre la salud, la enfermedad y sobre el nacimiento. A mujeres y matronas se les ha usurpado un terreno de saberes y prácticas que ahora queda bajo el control de definición de la medicina y que les sitúa en condiciones de desigualdad, dependencia y supeditación a esta. El poder de la medicina como institución es parte de la organización estatal de control social de los países capitalistas y por la necesidad de mantener la fuerza de producción. El control de las mujeres y sus cuerpos gestantes se plantea como una necesidad social. El control “*no se opera simplemente por la conciencia y la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo (...) El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica*” (Foucault, 1990:125).

³⁹ Las teorías que propone Ortner (1979) sobre la necesidad de controlar la naturaleza y la atribución de cualidades contaminantes a las mujeres, es muy gráfica en estas prácticas.

⁴⁰ Esta práctica consistió en que la mujer permanece sin salir de casa por un tiempo variable que se fija como cuarentena y su primera salida social será para ir a misa acompañada de la matrona. Podrán entrar en el recinto de la iglesia después de recibir la bendición del párroco en el umbral de la puerta. A partir de este ritual, puede salir de casa y hacer vida normal.

3. EL NACIMIENTO EN EL SIGLO XXI

Los profundos cambios sociales y económicos que progresivamente se dieron a lo largo de todo el siglo XX influyeron definitivamente en la asistencia al nacimiento. A partir de los años setenta (Via, 1972), la asistencia al parto abandonaba casi totalmente⁴¹ el espacio de la casa con la presencia de la comadrona y se desplaza progresivamente a los hospitales donde la medicina se erigió como legítima protagonista en el ejercicio de su control absoluto. Así, al referirnos a representaciones y prácticas sociales del nacimiento, debemos hacerlo desde la revisión de los dictámenes propuestos por el sistema médico hegemónico por ser quien, en la actualidad, detenta el monopolio de su definición, significados y prácticas.

Comenzamos este apartado revisando la medicalización, tendencia cuyos inicios Foucault sitúa a partir del siglo XVIII (1990:122) considerándola como una realidad que se maneja desde todos los sistemas médicos y por los conjuntos sociales en que actúa, y que abarca tanto el campo de la enfermedad como el de la salud. Una amplia red de discursos, saberes y actividades de diferentes categorías dan estructura y sustentan el proceso de medicalización cuya presencia impregna los apartados de análisis que proponemos y dividimos en representaciones y prácticas del nacimiento: discursos médicos; en los que revisamos las teorías del riesgo y el dolor. Le sigue la revisión de las relaciones médico/paciente en las que incluimos las aportaciones de los protocolos y, finalmente revisamos aquellas tendencias hacia la desmedicalización.

3.1. La medicalización

Partimos de la realidad incuestionable de la medicalización de todos los aspectos de la vida. La intervención médica ya no sólo se dirige a la persona enferma si no que *“con mucha más frecuencia la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad”* (Foucault, 1990:160). La reproducción entra en esa categoría a la que se refiere Foucault, es objeto de intervención médica, aunque *“ni para el sujeto ni para el médico, constituye una enfermedad”* (Ibídem:107). Embarazo y parto son ejemplos paradigmáticos de la actividad medicalizadora (Zola, 1981; Menéndez, 1990; Juan, 1991; Narotzky, 1995). Las mujeres desde el inicio de su gestación deberán utilizar los servicios médicos, cuyos discursos y prácticas se

⁴¹ No se puede decir que “en su totalidad”, puesto que en pequeñas poblaciones seguía siendo una práctica privada en el hogar.

imponen socialmente y construirán el eje alrededor del cual girarán la casi totalidad sus experiencias a lo largo del proceso procreativo.

Hablar de medicalización, es hablar de control, normativización y poder. La medicina, afirma Foucault (1990), *“está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de enfermedades o la demanda del enfermo”* (Ibídem:180), y en la misma línea, refuerza Menéndez (1984): *“El Estado garantiza la hegemonía (...) del poder técnico y profesional de los médicos (...) que cumple sobre todo funciones de control y legitimación”* (Ibídem:36), unido a la normativización, funciones que quedan opacadas, (Menéndez, 1990:69; Taussig, 1995:115) en la actividad central de curación. El poder de normativización de la medicina abarca la enfermedad, pero también la salud, y se ejerce eficazmente a través del control de los cuerpos; cuerpos que deben ser domesticados conforme a las necesidades de un orden social y político (Scheper-Hughes y Lock, 1987:26), para responder a los intereses y necesidades del Estado (Foucault, 1990:97). El control y normativización de la reproducción es una cuestión política puesto que sus resultados, las criaturas, son bienes sociales.

El control medicalizador sobre el cuerpo de las mujeres y su capacidad reproductiva ha sido y es una constante presente en los dos últimos decenios. La insistente y progresiva problematización del cuerpo femenino es un medio indirecto, subraya Esteban (1994/96), *“pero muy eficaz de controlar socialmente a las mujeres”* (Ibídem:26) ya que, al transformar la realidad en problema, se abre el camino a la actividad normativa y controladora de la medicalización (Menéndez, 1984; Foucault, 1990), circunstancia que en nuestra investigación quedará reflejada en las etapas reproductivas del embarazo y el parto⁴².

En la revisión de estas dos secuencias –embarazo y parto- Narotzky (1995), plasma la finalidad controladora de la medicalización y recoge la repercusión que puede tener sobre las mujeres. La progresiva medicalización, apunta *“ha supuesto de hecho una pérdida en la capacidad de determinación del estadio del embarazo por parte de las mujeres así como la pérdida de control sobre el proceso”* (Ibídem: 55). Las tecnologías utilizadas en el embarazo de forma rutinaria, como la exploración ecográfica, refuerzan este análisis y suponen un aumento de control de la profesión

⁴² Sobre la medicalización en otras etapas de la reproducción se puede consultar Montes (1999a).

medica con la subsiguiente pérdida de control por parte de las mujeres embarazadas cuyas vivencias y juicios sobre su estado son automáticamente descartados mediante criterios “científicos” (Ibídem:56) y “*acaban viviendo su embarazo a través de sus médicos, puesto que sus percepciones no tienen valor*” (Ibídem:57), situación que Taussig (1995:126) denomina alienación de los propios sentidos, que pasan a el/la profesional al que se supone concedor/a de “las cosas como deben ser”. Esto facilita el control médico para la normalización de la conducta de las mujeres (Juan, 1991:30; Taussig, 1995:114).

Narotzky aboga para que en el uso de la tecnología en embarazos normales se contemple el consentimiento y decisión de la mujer y se considere que el feto es parte integrante de ella y no un ente aislado. El embarazo, afirma, debe ser entendido como un proceso integral e influido por las condiciones de cada mujer en el que, propone, debieran ser analizadas las relaciones de poder y control que se pueden establecer a través de las tecnologías.

Una de las particularidades de la definición médica del cuerpo femenino es su representación como tendente a la patologización (De Miguel, 1979:102; Juan, 1991:38; Esteban, 1994-96), en la que se justifica la intensa medicalización del embarazo. El parto es el siguiente estadio considerado alterado por lo que se impone un control total. Narotzky (1995) revisa y analiza la predisposición obsesiva de la medición de los tiempos, como reflejo de una sociedad taylorizada en la que la “organización científica del trabajo”, su “eficacia” y “productividad”, son parámetros que decidirán “*la efectiva aceleración del parto hospitalario*” (ibidem:60) que, entre otras cosas “*consolida una expropiación de los saberes y las percepciones de la parturienta sobre sus propios ritmos y su propia progresión*” (ibidem: 60); afirmaciones que siguen vigentes en la práctica de la asistencia médica que ya apuntó Emily Martin en 1989, y a las que se une Robbie Davis-Floyd (2000:118) en su crítica a una sociedad cuyos valores son las máquinas y lo que éstas crean, convirtiendo a las mujeres gestantes en organismos cibernéticos.

Narotzky (1995) sigue revisando y cuestionando las intervenciones médicas habituales de las que recoge como característica central el poder de decisión del personal médico-sanitario frente a la delegación forzada de la mujer, tendencia que también es apuntada en la investigación que Franca Pizzini (1989) realiza en las salas de maternidad italianas. Pizzini, tomando el modelo de Gofmann (1992), analiza estas

áreas como una “micro” institución total en la que las mujeres deben pasar por diferentes escenas en su adaptación al proceso medicalizador del nacimiento. Todos participan en la definición médica del parto, afirma Pizzini, incluso las mujeres parturientas tienen un rol en el que se justifica esta definición. En las escenas que se suceden en el parto quedan reflejadas las funciones de control, poder y normativización de la medicalización ejercida desde los/as profesionales sobre las mujeres, quienes asumen el papel pasivo de pacientes en toda su amplitud.

En definitiva, concluye Narotzky (1995:62), no hay ventajas evidentes en la medicalización del parto normal hospitalario, como también muestra Thomson (2000), por lo tanto la justificación de su utilización rutinaria hay que buscarla en el contexto del ejercicio del control que sobre las mujeres ejerce el sistema médico. En nuestra opinión, la lectura patologizadora y medicalizadora de los procesos reproductivos que se suceden en el cuerpo de las mujeres y el intenso control médico que se ejerce sobre ellas, además de llevar implícita una importante carga de jerarquización y de inferioridad para éstas (Esteban, 1994:5), les genera sentimientos negativos como la inseguridad y desconfianza en su propio cuerpo (Montes y Bodoque, 2003), logrando así que *“las mujeres se sientan inválidas, dependientes del médico”* (Juan, 1991:30), de quien se espera que “cure” o dé solución a unas manifestaciones físicas que, aunque normales, se viven como irregulares y amenazantes. Las teorías que justifican la medicalización y sus consecuencias, quedarán reflejadas a lo largo del análisis de nuestra investigación.

3.2. Discursos del sistema médico

Puesto que es la institución médica quien tiene autoridad, legitimada también por el Estado para definir la salud y la enfermedad, recogemos sus discursos porque a través de ellos se construye la visión social así como las necesidades y prácticas que plantea la atención al nacimiento. Este protagonismo en la definición del nacimiento es el reflejo de su hegemonía sobre los procesos reproductivos.

Tanto desde la revisión de los textos médicos como en las actitudes y prácticas de éstos/as, se desprende que los procesos del embarazo, parto y puerperio son espacios de control de su competencia puesto que son susceptibles de presentar alteraciones, y en su prevención y tratamiento se justificarán sus intervenciones. Los discursos médicos, por los valores y poder asociados, tienen la propiedad de impregnar fácilmente la ideología social que los aceptará como realidades. La realidad

social del nacimiento en nuestra cultura está construida desde esta visión médica patologizante que excluye a las mujeres implicadas, sus necesidades y saberes, y como hemos visto, es el resultado de siglos de intervenciones en el afán de monopolizar este campo como propio, en el que tampoco tienen cabida las comadronas cuya función ahora será la de auxiliares del médico. (Ortíz, 1996a, 1996b, 1997; Towler y Bramall, 1997; Montes, 2001).

Las representaciones, como apuntamos anteriormente, comprenden diversos elementos de los que rescatamos la “ideología” como principio estrechamente relacionado con el poder (Giddens, 1991:765)⁴³ y cuya fuerza estructural se impone al individuo. La ideología, afirma De Miguel (1997) “*no necesita ser demostrada, sino simplemente creída*” (ibidem:38). En la práctica de la medicina en general (Menéndez, 1990:56), y en nuestro caso la obstetricia, se puede apreciar el uso de una no despreciable carga ideológica como ya demostró De Miguel (1979:14), y más cuando se trata de patologizar un proceso generalmente saludable, para la configuración de una determinada realidad social del nacimiento en la que mantener y asegurar su poder de intervención. Por otro lado, es una necesidad de los conjuntos sociales, construir significados consensuados que den sentido a los acontecimientos. Son los procesos de salud, enfermedad, atención “*las áreas de la vida colectiva donde se estructuran mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones*” (Menéndez y Di Pardo, 1996:33), áreas en las que el sistema médico mantiene el control social e ideológico, y desde las que se construyen y reproducen las significaciones en las que las prácticas médicas adquieren sentido, reconocimiento y eficacia.

El núcleo que conforma los significados y representaciones del nacimiento tiene un importante centro de interés en la maternidad como conjunto ideológico normativo que revisaremos más adelante. Pero, sin abandonar la línea de la medicalización, desde el sistema médico el interés está centrado en la biología esto es: en el cuerpo gestante y el producto en gestación. Profesionales y legos se interesan por la evolución biofísica del binomio madre-hija/o, que en el subconsciente heredado de la cultura y consolidado desde el modelo médico, mantiene presente su asociación con el peligro, eventualidad que se considera toma forma real en el parto. En el proceso histórico de construcción de significados del nacimiento los conceptos que destacan reiteradamente y que nos interesa revisar, son el riesgo y el dolor.

⁴³ Citado en Díez (2000:157).

3.2.1. El riesgo

Es interesante clarificar que no es nuestro objetivo analizar los niveles de riesgo y su materialización en el embarazo y parto, pero sí, conocer el alcance de los discursos y sus consecuencias relacionales sobre las mujeres, revisando tanto su utilización como sus efectos en el mantenimiento de la subordinación y desigualdades.

La posibilidad de riesgo en el parto ha sido una de las nociones más utilizadas a lo largo de la historia y por la que se han realizado todo tipo de actividades de prevención (Junceda Abelló, 1980:186; Limón y Castellote, 1980:242; Simón Palmer, 1985:259; Perdiguero y Bernabeu, 1997:62). En la actualidad, la concepción de riesgo se ha ampliado al embarazo, y rodea con su halo amenazante toda esta etapa reproductiva y, aunque las posibilidades de riesgo han mermado y cambiado respecto a tiempos anteriores, es este discurso el que rige la mayoría de las prácticas de atención médica al nacimiento y en el que se argumentan.

Nuestro interés por los discursos de la construcción del riesgo y su prevalencia, es consecuencia de las sospechas que surgen a partir de la revisión de la definición médica tradicional y su ideología respecto a la naturaleza del cuerpo femenino. Atributos como frágil, vulnerable o imprevisible, entre otros, lo sitúan en una posición de mayor de riesgo, con lo cual, hay que poner bajo control a las mujeres que se nos presentan como víctimas en sí mismas por la naturaleza de su biología (Douglas, 1996:94; Burin, Moncarz y Velazquez, 1990:43). Otra de las características inherentes al embarazo y que refuerzan lo expuesto, es su descripción como periodo liminal o etapa de transición (Pizzini, 1981,1989; Van Gennepe, 1986; Douglas, 1991; Montes, 1999b; Imaz, 2001), posición que se supone susceptible de incertidumbre y riesgo y que por ello debe ser controlada. Es a partir de estas reflexiones que consideramos el riesgo real o posible como una construcción cultural (Puy, 1995:99; Bestard, 1996:10) que conlleva una importante connotación de subjetividad e ideología en la que se protege el mantenimiento de unos intereses específicos para la continuidad de un determinado orden social (Bestard, 1996:16). El riesgo, subraya Bestard (Ibídem, 13) es una categoría social, pero esto queda opacado al presentarse desde un lenguaje individual, que hace que se perciba como algo real, con solidez propia y concomitante

al individuo, negando de esta manera su carácter social, particularidad que Taussig (1995:116) atribuye al hacer sistemático de la práctica médica⁴⁴.

Este énfasis en lo individual se refleja claramente en la obra de D.K. James y G.M Stirrat (1991) en la que delimitan el riesgo a la persona, en este caso, a la embarazada. Los autores apuntan además, que el aumento de interés actual de la medicina por el *“individuo de riesgo”* es consecuencia de un cambio en la actitud de la gente ante las desgracias –actitud que también se da en el embarazo- y por una mayor demanda de información de las consumidoras respecto al embarazo y sus cuidados. Estos autores presentan un doble discurso. Toda su obra se centra en la revisión y análisis del riesgo en el embarazo y parto desde una perspectiva médica, pero como consecuencia de que *“las usuarias desearán, naturalmente, tener unos cuidados prenatales tales que reduzcan el riesgo al mínimo absoluto”* (Ibídem:14). El riesgo así presentado no sólo es individualmente padecido, sino también sentido, pensado y representado.

Por otro lado constatamos que la percepción del riesgo en el nacimiento no es la misma para todos, profesionales o legos, y esto se relaciona con la posición de las personas en el ordenamiento social (Puy, 1995:98). Las nociones de riesgo, afirma Bestard (1996) *“no están basadas en razones prácticas o en juicios empíricos. Son nociones construidas culturalmente que enfatizan algunos aspectos del peligro e ignoran otros”* (Ibídem:11). El lugar que ocupan los individuos, los propios valores y experiencias, son parte influyente en la percepción del riesgo (James y Stirrat, 1991:14), y siempre enmarcados en las categorías que suministra la cultura (Douglas, 1996:125).

Los discursos de las políticas sanitarias en la gestación y nacimiento se centran en la prevención de posibles riesgos. No se contempla el “no riesgo”, como se observa en el PSE (1998), y PAPP (2003) actuales en Catalunya, en los que se afirma que *“la ausencia total de riesgo no existe, siempre hay la posibilidad de que algún factor imprevisible pueda complicar el curso del embarazo (PSE, 1998:95), o del parto (PAPP, 2003:67), catalogados inicialmente como normales o de bajo riesgo”*, opinión que también mantiene la O.M.S. (1999). Así, el riesgo siempre estará presente en sus

⁴⁴ En este sentido puede ser de interés considerar las apreciaciones de Douglas (1996: 129-130) que, en relación a la percepción humana del riesgo, propone que más que investigar sobre el punto de vista del individuo, se debiera analizar la influencia que ejercen las instituciones a las que éstos se incorporan.

diversas formas: bajo, medio, alto o muy alto y por ello se enfatiza la necesidad de que todas las mujeres gestantes utilicen estos servicios médicos con el objetivo de evaluar el riesgo para prevenirlo.

Por otro lado, los programas de prevención de riesgos, afirma Luis Montiel (1997:262), son instrumentos políticos de control. Todo en la vida es susceptible de riesgos que, así definido desde las instituciones, se impone en la necesidad de controlar la vida de las personas. El proceso reproductivo se entiende como una situación de especial interés de control para los Estados, por lo que suponen de reemplazo de los individuos por su valor económico como fuerza de trabajo. Douglas (1996) en la misma línea, argumenta que *“por lo general, los riesgos bien advertidos resultan estar conectados con principios morales legitimadores”* (Ibídem:89) y continúa diciendo que la lente institucional utiliza *“las cuestiones del riesgo para esclarecer otro tipo de problemas”* (Ibídem:143) como son el control sobre la organización social, la incertidumbre de la conducta humana, y para reforzar las normas (Ibídem:143), opiniones que apoyan nuestros planteamientos iniciales.

Se ha creado todo un universo de peligros potenciales alrededor de las mujeres en el embarazo y parto, por lo que se las considera, utilizando las palabras de Castel (1986:232), como *“sospechosas”* de riesgo, y sobre ellas se activarán las políticas de obligatoriedad y control normativo que conducen a su prevención. Pero ¿por qué se fija la atención en unos determinados riesgos y se encubren otros? La prevención del riesgo genera riesgos (Ibídem:232), que Foucault (1990) denomina como *“iatrogenia positiva”* o *“efectos médicos nocivos debidos (...) a la propia acción de la intervención médica”* (Ibídem:102), reconociendo que estas intervenciones han generado históricamente efectos secundarios morbosos⁴⁵, unos conocidos y otros fuera de control, situación que podría cuestionar la efectividad de la institución, pero que se resolverán en la coherencia lógica de la ideología del sistema.

Una característica de los discursos del riesgo que se manejan en torno al embarazo y parto es su plasticidad para ser utilizados como amenaza y culpabilización hacia las mujeres usuarias. La referencia a un riesgo que puede incorporarse o ser inherente por la condición biológica en la que se encuentra la persona, y emitida desde

⁴⁵ Sobre el riesgo de las intervenciones médicas por el uso de medicamentos es muy interesante la revisión realizada por Andrew Chetley (1995) en la que dedica un amplio espacio a todas las etapas reproductivas.

el juicio de los/as expertos/as, genera el miedo y esto es una puerta abierta a la manipulación del comportamiento, el cuestionamiento de los valores y las actitudes. La amenaza del riesgo, apunta Norbert Bensaïd (1986), aumenta el dominio de la medicina que obtiene de esta manera el consentimiento y obediencia de los sujetos (Ibídem: 87), en nuestro caso de las mujeres. La incertidumbre del posible riesgo desestructura la seguridad cotidiana de la persona y la hace maleable a las manos del médico y el sistema de salud (Taussig, 1995:114).

Por otro lado, Montiel (1997:236) revisa cómo los discursos de la prevención delegan la responsabilidad en las personas que, catalogadas como con *“factores de riesgo”* o *“grupos de riesgo”*, instan a la introducción de cambios en su comportamiento, a hacer o abstenerse de determinadas cosas, y desde un discurso culpabilizador que fija el riesgo como individual, evitando toda referencia a las condiciones socioambientales, laborales o psicosociales, sobre las que el individuo tiene pocas posibilidades de incidir, y que en cambio, detentan un importante protagonismo en el mantenimiento de la salud. En este sentido, embarazo, parto y puerperio son un ejemplo paradigmático.

Ya que la vida supone tomar decisiones respecto a los probables riesgos, es interesante reflejar los principios que aportan López Cerezo y Luján (2001) extraídos a partir del estudio del Comité para la Caracterización del Riesgo, en los que nos dan una excelente perspectiva en la que se integran todos los aspectos implicados: la ciencia, la política y los agentes sociales. Así, afirman que en la prevención del riesgo; *“el éxito también depende de mejorar la capacidad de los agentes interesados y afectados para participar efectivamente en el proceso deliberativo y de toma de decisiones sobre el riesgo (...) El aporte de los no especialistas ha de tener (...) un valor sustantivo en cuanto que conocimiento valioso para resolver el problema original”* (Ibídem:149). Desde esta óptica entendemos que, en los programas para la prevención de los riesgos en el proceso reproductivo estudiado, se deberían tener en cuenta las opiniones y participación de las mujeres implicadas, permitiendo la toma de decisiones, ya que son asuntos que les conciernen (Puy, 1995:109).

3.2.2. El dolor

El parto ha estado en la cultura occidental, históricamente asociado al dolor que se presentó cómo una obligación desde el mandato divino (Usandizaga, 1944:39; Goodrich, 1966:252; Roca, 1996:227). El dolor es una experiencia personal, y sus

significaciones y formas de afrontamiento son proporcionadas por la cultura desde la que se ofrece el marco en el que adquiere sentido el padecimiento (Illich, 1975:119; Le Breton, 1999:142; Otegui, 2000:228). Así, su interpretación está relacionada con el tiempo y contexto en que se da. Las representaciones sociales del dolor en el parto, como de otros dolores, han evolucionado paralelamente al progreso social y tecnológico. A lo largo de la historia, la religión católica ha tenido un importante protagonismo en la definición del dolor que lo presentaba como obligación ineludible con funciones de purificación —expiación de pecado— y con la propiedad de demostrar la calidad de madre y fortalecer el vínculo con el hijo/a⁴⁶ (Roca, 1996:227; Imaz, 2001:101). El dolor fue hasta deseable⁴⁷ para poder cumplir así con lo establecido socialmente.

Los primeros intentos de la medicina para la anulación del dolor en el parto datan de mediados del siglo XIX cuando se administró cloroformo a la reina Victoria de Inglaterra (Goodrich, 1999:22; Towler y Bramall, 1997:188; Knibiehler, 2000:348). La imperfección y riesgos de las técnicas anestésicas (Davis-Floyd, Sargente, 1997), dieron paso a diferentes tipos de intervenciones de inducción psicológica para reducir o anular el dolor (Bourrell y Jeacson, 1952; Vander, 1981) ya que, todavía a mediados del siglo pasado la Iglesia mantenía algún poder sobre el valor y funciones del dolor en el parto. Fue necesario solicitar el permiso de su máximo representante, el papa Pio XII (Vander, 1981:17; Wiston y Parris, 2000:2) para que el dolor quedara liberado de las ligaduras morales y pudiera ser tratado. Progresivamente, junto con la pérdida de influencia de la Iglesia en una sociedad cada vez más laica, se van introduciendo cambios en sus representaciones que evolucionan a la vez que mejora la eficacia en el control médico del dolor, que finalmente pasa a ser considerado innecesario, inaceptable y por lo tanto devaluado⁴⁸ (Winston y Parris, 2000). Por ejemplo, como representante de la institución médica tenemos la opinión de López Timoneda (2003) quien asegura que *“no hay evidencia alguna de que el dolor en el parto sea beneficioso para la madre o el feto, sino todo lo contrario”* (Ibídem:447). Afirma que es

⁴⁶ Esta propiedad del dolor, entendemos que está relacionada con el valor que se da a la infancia a partir del siglo XVIII y no antes. También fue utilizada desde los sectores médicos.

⁴⁷ De tal manera era necesario adecuarse a las representaciones culturales que, cuando una mujer tenía poco dolor o era tolerable no se podía decir, bien por temor a contradecir el mandato de la Iglesia o porque podía ponerse en cuestión su calidad de madre. (Información recogida en entrevista a una matrona). En la actualidad, y también recogido en entrevista, una mujer que tuvo un parto fácil y rápido nos informa de que se siente como que “yo no he parido”, comentario que hace con expresión decepcionada porque se ha quedado “esperando los dolores”.

⁴⁸ En opinión de Illich (1975:134) la campaña contra el dolor y su desvalorización comenzó con las teorías cartesianas en su concepción del ser humano como cuerpo independiente del alma.

una experiencia *“sumamente desagradable, con importantes efectos psicológicos sobre la parturienta, que pueden determinar perturbaciones emocionales”* (Ibídem:448). El autor traslada este discurso al deseo de la mujer: *“Es un derecho natural y una exigencia de la embarazada”* (Ibídem:448). El dolor ahora debe ser eliminado. Aunque en los textos médicos se acepta que es una experiencia en la que van a influir múltiples factores y que no es idéntico para todas las mujeres, se presenta en su aspecto fisiobiológico (Otegui, 2000), con criterios de universalidad que opacan su carácter cultural.

En la construcción social del dolor, subraya Otegui (2000), *“se ponen de manifiesto las formas sociales de dominación”* (Ibídem: 229), o sea, en ella se seguirán manteniendo las diferencias de poder y subordinación ya que, las definiciones que conforman el universo de significaciones que mantienen el ordenamiento del sistema social, son siempre dictadas desde las instituciones de poder; en el caso que nos ocupa, antes por la Iglesia Católica y ahora por el sistema médico que la ha reemplazado (Martín, Comelles y Arnau, 1993; Comelles, 1996; Montiel, 1997). El dolor *“puede ser considerado un operador de primera magnitud para investigar las formas sociohistóricas y culturales de plasmación de relaciones sociales más amplias”* (Otegui, 2000:229). Una mirada al recorrido de los usos y significados que se han dado y se dan al dolor en el parto, nos presentan la ideología dominante respecto a las medidas aceptables de dolor, el cómo las mujeres deben sentirlo, expresarlo o afrontarlo y refleja el lugar que se les asigna en las relaciones médico/paciente en un determinado tiempo y contexto.

En general, las representaciones que las mujeres harán del dolor responderán a las pautas esperadas desde las propuestas culturales en las que se mantiene la asunción de un orden establecido (Le Breton, 1999:68-69), que, como consecuencia de la medicalización, este orden es dictado y vigilado desde el sistema médico. Por ejemplo, hoy las mujeres que expresen sentir dolor más allá de lo esperado, pueden ser recriminadas, como también aquellas que *“sufren en silencio”* aunque, *“en la mayoría de las ocasiones, nuestra experiencia del dolor pasa indefectiblemente por las definiciones que del mismo se hacen”* (Otegui, 2000:238).

La tendencia social actual respaldada por los/las expertos/as médicos (Winston y Parris, 2000), es la necesidad de eliminar el dolor en cualquier circunstancia de la vida, e igualmente en el parto y en base a los medios técnicos que

pueden ser utilizados para su anulación. El enfoque médico fisiobiológico le ha despojado de sus componentes afectivos y por lo tanto, carente de valor (Illich, 1975:121)⁴⁹. Su tratamiento responde a la reproducción de las relaciones inherentes en la medicalización: control, normativización y poder; pero que estimamos, adquieren una dimensión mucho más profunda al exponerse de forma manifiesta estas funciones veladas en la actividad curadora de la medicina. Así, en el tratamiento estandarizado en la reducción del dolor en el parto, entre otros aspectos, se desvalorizan los recursos de autogestión de la mujer, se rechaza cualquier otra forma de intervención, se da al médico el poder del total control sobre el cuerpo de la mujer despojándola a ella del suyo, se refuerza el carisma y autoridad médica y sigue dando una visión negativa de los procesos reproductivos femeninos en los que el parto se presenta como un mal, ahora fisiológico, del que sólo la medicina nos podrá liberar y de que las mujeres no deben confiar en sus percepciones ni en sus cuerpos que dejarán en manos de los/as expertos/as quien tienen el poder y el saber sobre estos asuntos.

Dolor, sufrimiento o padecimiento se presentan y son utilizados habitualmente como sinónimos pero, para nuestro posterior análisis nos interesa diferenciarlos por entender que no poseen un mismo significado. Elegimos las palabras de George Gádamer Hans (1996) por la claridad que aportan: *“Dolor es una entidad diferente al padecimiento por él impuesto y que se transforma cuando ya no está acompañado por la esperanza de que desaparezca o por la certeza de que puede ser suprimido”* (Ibídem:93). Esta opinión es de una gran utilidad porque refleja la situación que se da en el trabajo de parto; existe dolor, pero tiene una finalidad y puede ser suprimido. Esto es, se le da un significado y con ello se hace más soportable, medida que también apoyó Illich (1975:136). El parto hoy transcurre mayoritariamente en el hospital, lugar privilegiado para la medicalización colectiva (Foucault, 1990; Comelles 1996, 1998b) que se presenta para una gran parte de mujeres –y la población en general- cómo el único lugar donde se pueden exorcizar los males que lo acechan y en virtud de las intervenciones de los/as expertos/as. En las normas hospitalarias a las que se deben adaptar las mujeres por su definición de pacientes (Pizzini, 1989:2; Menéndez, 1990:62; Goffman, 1992:336; Uribe, 1998:305), están incluidas las actitudes de sumisión, aceptación y confianza incuestionable, posiciones que pueden

⁴⁹ Illich (1975) criticó el despojo cultural del dolor por el sistema médico del que opina *“se está convirtiendo en un asunto político”* (Ibídem:120). Eliminar el dolor para el autor tiene un costo: perder la independencia y renunciar a la experiencia. Define una sociedad cada vez más anestesiada *“espectadores insensibles de sus propios yos en decadencia”* (Ibídem:138).

introducir cambios en su percepción del dolor transformándose en sufrimiento, todo ello relacionado con la falta de control y dependencia de la voluntad de agentes externos para su alivio. Le Breton (1999:30), en la línea de Gadamer (1996:93), señala cómo el miedo, el “no sentido” del dolor o el no conocer su final, acrecientan su violencia y éstos, son factores difícilmente controlables por las mujeres en la mayoría de los hospitales. Contrariamente dar sentido, significar el dolor, lo hace soportable porque *“el cuerpo no es una colección de órganos y de funciones dispuestas según las leyes de la anatomía y de la fisiología, sino ante todo una estructura simbólica”* (Le Breton, 1999:67). Es esta interpretación del cuerpo y el dolor la que utilizan las mujeres cuando planifican realizar el parto en el domicilio y escogen las profesionales que les han de dar su apoyo.

La oferta de métodos analgésicos, especialmente técnicas espinales (López Timoneda, 2003; Winston y Parris, 2000), es obligatoria en los hospitales de la comunidad catalana⁵⁰, afirmando desde el protocolo que su utilización *“es mucho más que una indicación de tipo médico, ya que presenta un índice de calidad a la prestación asistencial”* (PAPP, 2003:42). Nos preguntamos en qué medida la significación de *“índice de calidad”* responde a las necesidades planteadas por las mujeres en su demanda del derecho a no sentir el dolor, o más bien refleja la tendencia al control como necesidad característica del sistema médico y puesto que podían ser promovidas otras técnicas más autónomas para las mujeres o proporcionadas por otros/as profesionales, con menos efectos secundarios que las técnicas médicas actuales (PAPP, 2003:43; Quecedo, 2003:11).

Un aspecto interesante a considerar es que la oferta de analgesia es obligatoria, pero se contempla la opción de las mujeres a rechazarla. Esto parece una concesión con visos de una mayor consideración hacia las decisiones de las mujeres que también queda reflejada en otros apartados del mismo protocolo y textos médicos. Pero la práctica puede terminar, como aseveran Santiago Dexeus y José M^a Farré (1994), en que esto será *“si se considera preparada y con fuerzas para ello”* (Ibídem:121), frase en la que se capta que las teorías de buena voluntad sobre el respeto a los deseos de las mujeres en sus partos, es un asunto de marketing y hacia fuera; dentro, las prácticas y las ideologías seguirán siendo las mismas.

⁵⁰ Según lo aportado por López Timoneda (2003), es una oferta del 100% en la Sanidad Pública de todo el territorio español.

El riesgo del que es susceptible el embarazo y que puede darse en el parto junto con el dolor indeseable asociado al último, construyen el eje que justifica los discursos y prácticas de la medicalización y es compartido por la mayoría de la población. Los aspectos tratados y las teorías revisadas de los/as diferentes autores/as, irán emergiendo a lo largo de nuestro análisis tanto desde las opiniones de los/as médicos y matronas, como en los relatos y las experiencias de las mujeres.

3.3. Relaciones médico/paciente. Protocolos de atención

A partir de la definición del embarazo y el parto como procesos susceptibles de presentar alteraciones, las mujeres deben ponerse bajo control médico. Acudirán pues al programa de atención específico para el embarazo aunque, coincidiendo con lo investigado por Txema Uribe (1996) sobre Atención Primaria, no serán consideradas enfermas, pero sí pueden enfermar⁵¹. Entran en la categoría social de “asistibles” (Comelles, 1998a) cuya inclusión *“no depende necesariamente de un substrato biológico o psíquico, sino de la existencia de un conjunto de reglas, necesariamente arbitrarias, aún cuando se puedan amparar en la detección de ciertos signos y síntomas”* (Ibidem:140). La asistibilidad de las mujeres está socialmente reconocida de forma que mediante el uso de los servicios médicos, se convierten en “pacientes”, esto es, son objeto de la acción médica en condiciones de pasividad. Si el/la profesional posee y se le reconoce el monopolio legal del conocimiento, como ocurre en nuestro contexto, *“se anula o ignora el punto de vista del profano y se excluye la iniciativa en la determinación de decisiones y la capacidad personal de enjuiciar la situación”* (Uribe, 1998:305-306). Menéndez (1990:62), en este sentido remarca que además, implica una relación de subordinación y sometimiento al sistema que incluye la total aceptación de sus métodos y discursos. Según esto, la relación médico/paciente se caracterizará por la pasividad y obediencia del último junto con la no consideración de sus opiniones, iniciativas o decisiones. Es una relación con *“apariencia de comunicación”* (Uribe, 1996:293), puesto que la palabra del paciente no es escuchada (Menéndez, 2000:314). El resultado del encuentro es un “consenso social”, pero no un consenso cultural porque, en general:

“El curador expresa sus objetivos técnicos y profesionales, desconociendo y frecuentemente excluyendo los saberes y afectos del paciente, lo cual se expresa sobre todo a través de la negación, desinterés o carencia de importancia dada a la palabra del paciente” (Menéndez, 2000:314).

⁵¹ Algunas mujeres sí cumplirán con el rol de enfermas temporalmente y como consecuencia de alteraciones habituales del embarazo.

Estas aclaraciones nos resultarán muy útiles para nuestro posterior análisis de las relaciones médicos/embarazadas en los encuentros asistenciales. Por otro lado, la tendencia a partir del modelo de educación sanitaria, es la de responsabilización del paciente (PSE, 1998:135; Uribe, 1998:307), esto es, que las mujeres se impliquen y tomen una actitud activa en las prácticas de prevención y mantenimiento de su salud para asegurar así la de las criaturas. Al responsabilizar al paciente, *“se opera una desresponsabilización del fracaso por parte médica ocupando su lugar el individuo; la persona (...) aparece como el único responsable de los riesgos de su enfermedad -embarazo-”* (Uribe, 1998:307). De estas tendencias se deduce que las mujeres, sean cuales fueren sus opiniones y saberes respecto a su estado, deben asumir, por un lado, los discursos e ideologías institucionales impuestos verticalmente, cumpliendo las funciones de “paciente” pero, por otro, también deben mostrarse “responsables y participativas” poniendo interés en el aprendizaje y la práctica de conductas saludables. Estos discursos, por sus contradicciones, pueden presentarse también conflictivos en la experiencia de las relaciones como veremos más adelante.

De lo expuesto podemos extraer algunas ideas: las mujeres deben someterse a los encuentros, cumplir lo que en ellos se dicte sin posibilidad de opinión o decisión sobre su situación. Pero los/as profesionales, aunque son quienes por su saber se imponen a la paciente, justifican sus prácticas y garantizan su salud a través de este control del embarazo, no se hacen responsables de lo que en último lugar “pueda ocurrir”. La responsabilidad es de las propias mujeres. Estas reflexiones nos muestran las contradicciones de la práctica obstétrica y traen la imagen del miedo a los posibles “fallos” médicos que pueden llevar a denuncias, práctica que en la actualidad se ha convertido en una tendencia habitual entre la población de usuarias (Cunningham et al, 1998:8). Para protegerse de este problema, todas las actividades médicas de atención están protocolarizadas.

En estos protocolos están recogidas las pautas, controles y pruebas que se recomiendan a lo largo de todo el embarazo y en el parto, así como las posibles diferencias o cambios que en cada mujer se pueden dar, y cómo y qué debe ser la actuación médica en todos los casos, como ya hemos apuntado anteriormente. Estos documentos son la “guía” obligatoria de actuación sobre las mujeres embarazadas y sus partos y los/as profesionales los identifican como tal. Una de las novedades que se han introducido en el PSE, (1998), respecto al seguimiento que se realizaba en

décadas anteriores, es la necesidad de impartir educación sanitaria, función asignada a las matronas. Hasta no hace muchos años las tareas de atención al embarazo eran aglutinadas totalmente por los obstetras, situación que sigue dándose en la actualidad en la asistencia a mutuas y privadas. En la asistencia pública, las comadronas van recuperando algún terreno y esto se ve reflejado en el PARR (2003), en el que ya, desde las primeras páginas, la Asociación Catalana de Comadronas está representada, cosa que no ocurría en el protocolo anterior. Pasamos a revisar las aportaciones asistenciales y preventivas propias del sistema médico, pero también aquellas otras de poder, normativización y control opacadas en las primeras y en ambos protocolos.

3.3.1. Protocolo de seguimiento del embarazo (PSE)⁵²

Se compone de tres ejes: el seguimiento al embarazo normal, la evaluación de riesgos y la educación sanitaria. En el primero se incluye la realización sistemática de los otros dos. En este sentido y, para la detección de riesgos, se controlan aspectos de la vida personal justificado esto por su posible influencia en la evolución del embarazo. El nivel de estudios, la religión, el estado civil o la situación laboral de la mujer o pareja son aspectos que, junto con la aceptación inicial de la gestación, las conductas sexuales de riesgo o hábitos dietéticos⁵³, entre otros, le dan una carga de control moral-normativo⁵⁴. Este modelo multicasual se traducirá en una mayor necesidad de intervenciones y controles físicos, o de discursos punitivos, con el objetivo de educar a las personas en prácticas socialmente estándares que hoy se consideran favorables para el mantenimiento de la salud. Las mujeres según los ítems, van adquiriendo diferentes grados de riesgo que necesitan de la intensificación de los controles para su re-conducción, bien a través de las intervenciones médicas o de la educación sanitaria.

Los protocolos para el cuidado de las mujeres gestantes nos transmiten la ideología de su vulnerabilidad y fragilidad, características que justifican la necesidad de ponerlas bajo control (Douglas, 1996:94). La representación del embarazo como enfermedad o proclive a ella que se difunde desde los discursos médicos reflejados en los protocolos, induce a las mujeres al consumo de sus servicios, la dependencia y el

⁵² Se edita por primera vez en 1998.

⁵³ Tener una alimentación vegetariana o macrobiótica son “hábitos alimentarios atípicos” y se considera que pueden poner en riesgo el embarazo (PSE, 1998:181).

⁵⁴ Los factores mencionados se recogen en los protocolos en un diagnóstico de “riesgo medio”. (PSE, 1998:83)

sometimiento. El arraigo de esta construcción patologizadora ha adquirido tal autonomía que el esfuerzo en la prevención de riesgos arrastra y controla también a los/las profesionales. En este sentido, Castel (1986) afirma que *“la política de gestión se automatiza hasta el punto que puede escapar totalmente al control de los trabajadores que se convierten en simples ejecutores”* (1986:219). Realizar todo aquello que indican los protocolos se presenta cómo obligación para éstos/as y, su cumplimiento, les libera en cierta medida de posibles responsabilidades. La realidad es que los protocolos son entendidos como normas ineludibles a seguir y lo contrario puede tener consecuencias negativas.

Las pautas para el seguimiento del embarazo reflejadas en este documento hacen las veces de código normativo cuya simbolización tiene características de ley. Por ejemplo, y como analizaremos posteriormente, aunque el estado de salud de las embarazadas sea óptimo y las pruebas a realizar molestas e inútiles, los/as profesionales deben llevarlas a cabo porque así está indicado. Lo que está reflejado en los protocolos no puede ser anulado por los/as profesionales, en todo caso, las mujeres son quienes pueden “libremente decidir⁵⁵” si hacerse o no algunas pruebas como el diagnóstico prenatal o la amniocentesis; el resto, son obligatorias y responden a las políticas de gestión de riesgos (Castel, 1986:220).

El seguimiento del embarazo, como su nombre indica, refleja la tradición en la que se ha definido la medicina: proporcionar cuidados al cuerpo, en este caso embarazado, -que no a las mujeres embarazadas- para, como si de una cinta de producción se tratase (Martin, 1989; Le Breton: 1994:199)⁵⁶, lograr finalmente un producto aceptable con un claro objetivo político: la consecución de ciudadanos útiles y productivos.

Como consecuencia de este seguimiento, a las mujeres se les extiende una cartilla o “Carnet de la embarazada” documento que recoge la información personal y los resultados del control al embarazo. Es de uso profesional y su función es la de ofrecer a golpe de vista un resumen de los datos: seguimiento y resultados de las pruebas más relevantes del control prenatal en el caso de la que la mujer *“deba ser atendida por cualquier motivo en otros centros sanitarios diferentes al habitual”* (PSE,

⁵⁵ El entrecomillado se relaciona con la relatividad de realizar una elección libre con la presión médica y social a la que está sometido el embarazo.

⁵⁶ Emily Martín (1989:57) afirma que la reproducción está siendo tratada como una forma de producción.

1998:153). Las mujeres deberán llevar este carnet también a todas las visitas. Está protocolarizado que en cada una de ellas se registren los resultados revisados que además, quedaran reflejados en la historia de la embarazada en posesión del centro. Aunque presenta su lado funcional, el carnet cumple funciones de control y normativización tanto de la mujer como de los/as profesionales. Refleja el grado de cumplimiento de la matrona o médico, pero sobre todo, el de la mujer y esto puede repercutir posteriormente en la criatura nacida ya que el/la pediatra también se interesará por las referencias de este carnet. El no cumplimiento por parte de la mujer, a parte de los discursos morales y la recriminación que puede conllevar, puede repercutir en un aumento de pruebas a la criatura una vez nacida.

Las mujeres que acuden a los servicios privados o mutuas no poseen personalmente este documento, sólo, más allá de la mitad del embarazo se les entregará algunos resultados y esto está justificado porque, si estas mujeres presentan algún problema con necesidad de acudir a un hospital, serán atendidas por el mismo médico que les controla el embarazo y las conoce, situación que en la práctica puede o no darse ya que, si seguimos en la lógica de la necesidad del carnet de la asistencia pública, las mujeres pueden encontrarse fuera del lugar de residencia y requerir asistencia en otros centros. Más bien nos parece que esta medida refleja que las mujeres reciben tratos diferenciados. Aquellas de los servicios privados, si necesitan acudir a otros centros, se considerará su palabra y los informes de salud que ellas comuniquen; las otras no precisan de escucha puesto que sus datos hablan por ellas y no es necesario establecer una comunicación. Pensamos que la cartilla cumple unos fines profesionales en el marco de las políticas de gestión sanitaria caracterizadas, como asevera Castel (1986:220), por una *“crisis de la clínica”* en la que se economiza el encuentro entre el médico y el paciente estableciéndose una relación, ya no entre ellos/as, sino entre el/la médico y los diferentes resultados de los exámenes que se han realizado.

3.3.2. Protocolo de asistencia al parto (PAPP)

En la realización de este protocolo (2003), han colaborado además de las Sociedades Catalana y Española de Ginecología y Obstetricia, la de Pediatría y la Asociación Catalana de Matronas. Presenta un carácter innovador por las aportaciones que se introducen en las que se adivinan cambios en la ideología médica y, como consecuencia, en la relación médico/paciente revisada hasta ahora. Además del consenso para la atención médica al parto, objetivo de los protocolos, se reflejan

otros aspectos que lo complementan y que, según se recomienda, su consideración es imprescindible si se quiere dar una atención de calidad.

Cuidar el ambiente psicoafectivo y dar información a la mujer y pareja a lo largo de las diferentes etapas del parto es el primer requisito que se plantea. Se trata de explicar las opciones de cuidados que se pueden seguir en el parto, sus ventajas e inconvenientes para que *"puedan participar en la toma de decisiones"* (Ibídem:83). Pero, apunta que antes de informar *"hay que escuchar la percepción que tiene la mujer y su pareja sobre este acontecimiento en su vida, sus expectativas, ideas, preferencias y su visión cultural"* (Ibídem:83). Estos planteamientos son novedosos en la atención médica y parecen dirigirse hacia un paradigma de atención más humanista (Davis-Floyd, 2001).

Se contempla que el proceso ha comenzado durante el embarazo, que en las últimas semanas la mujer y pareja han visitado el hospital y han planificado con el equipo obstétrico el "plan de nacimiento" o acuerdo sobre sus deseos en la previsión del parto, que incluyen *"por quien será acompañada, tipo de parto, posición, analgesia, contacto con el recién nacido, etc"* (Ibídem:83), acuerdos que los/as profesionales registrarán en la historia clínica de la mujer. Más allá de este "plan de parto", también se recoge la opción al *"parto natural no medicalizado"* (Ibídem:102), o asistencia con la mínima intervención obstétrica. A partir de lo que parece un ejercicio de autorevisión crítica, se reconoce que algunas intervenciones *"no han resistido el análisis científico"* (Ibídem:102) y se aconseja que sean anuladas recomendando

"los centros asistenciales sean capaces de modificar su actuación para que la mujer y pareja no se sientan 'agredidos' por la organización sanitaria y puedan sentir el hospital o clínica como un lugar amigo en el que se les deja participar en las decisiones, pero que también es un lugar seguro" (Ibídem:103).

Vemos que aquí el protocolo (PAPP, 2003) pierde el carácter de norma o ley que vimos en el PSE (1998). Este último recoge "lo que hay que hacer", en cambio, por la novedad que suponen muchas de las pautas introducidas en el PAPP, ahora solo "se recomienda" o "se anima" a introducir cambios. Todavía, estas recomendaciones no se han llevado a la práctica en los hospitales de Tarragona.

Como complemento imprescindible a todo lo expuesto, se promueve el establecimiento de un ambiente psicoafectivo en el que el/la profesional ha de tener la voluntad de *"querer entender"* (Ibídem:91) a la mujer y pareja; ha de tener en cuenta

sus preferencias, preocupaciones y diferencias en función de la edad, cultura, profesión, etc. con el objetivo de que *“vivan este acontecimiento como positivo y natural”* (Ibídem:91). De todas formas queda claro que siempre será *“el equipo sanitario”* o *“las indicaciones médicas”*, además de los *“límites de cada centro”* quienes decidirán lo que se puede o no hacer, o lo que es conveniente.

El protocolo refleja aspectos que consideramos importantes porque pueden modificar las relaciones médico/embarazada. Por ejemplo, no se nombra a la mujer como *“paciente”* ni como *“madre”*. Las mujeres aparecen como tal o como embarazadas. Siempre se consideran acompañadas de la pareja pero se contempla la posibilidad de que lo haga otra persona y será el *“equipo obstétrico o asistencial”* quien les atenderá, sin primar el protagonismo del médico o matrona en situaciones de normalidad.

El discurso que se refleja en el PAPP (2003), es innovador y responde a muchas de las necesidades que las mujeres han planteado durante años. La otra cara es que estas recomendaciones todavía no se han activado en la mayoría de los hospitales de Catalunya. En su carácter de *“sugerencia”* parece reconocer la reticencia al cambio en instituciones con el poder tan firmemente anclado. Aún así, consideramos que es un avance el hecho de que se refleje por escrito y se haya podido pensar en escuchar a las mujeres, respetar y promover su participación en las decisiones que les afectan (Ibídem:30), y que esto sea respaldado teóricamente por las diferentes instituciones médicas. La Asociación Catalana de Matronas además, recuerda que, junto con el resto de los profesionales, se comprometen a *“asumir el compromiso de impulsar la realización de este protocolo”* (Ibidem:25). Sin embargo, puede suceder que estos cambios institucionales sólo se reflejen por escrito haciendo alarde del progreso e igualdad sociales, pero que solamente se quede en eso.

3.4. Desmedicalización: “recuperando” el nacimiento

Por lo revisado hasta ahora vemos que en algunos sectores se está dando la necesidad de introducir cambios en la asistencia al nacimiento. La intensa medicalización que lo envuelve hace de él un acto médico, muchas veces quirúrgico del que las mujeres son excluidas. Por desmedicalización consideramos la reducción de estas intervenciones y junto con ello, que fuera posible una mayor participación y toma de decisiones de las mujeres respecto a sus deseos de cómo quieren realizar su parto y el nacimiento de su hijo/a. No se trata pues de *“volver al pasado”* sino de que

las mujeres que así lo deseen, puedan recuperar en sus partos parte del protagonismo e implicación, compartido con quien le presta atención.

Profesionales de la institución médica, en especial algunas matronas, muestran sus dudas respecto al sistema cuestionando hoy abiertamente sus prácticas y discursos⁵⁷. Pero esta inquietud no tendría mayor alcance si no fuera porque se apoya y justifica en los cuestionamientos y peticiones que algunas mujeres y parejas plantean respecto a la ideología medicalizadora, a la forma de atención a la que son sometidas en sus partos y a su deseo manifiesto de participación en el nacimiento de su hija/o⁵⁸. Frente a una concepción hegemónica de representar el nacimiento, otros grupos sociales proponen puntos de vista diferenciados teórica y prácticamente.

Estas propuestas, aún con enfoques diferentes, son una continuidad de aquellas que se plantearon desde el movimiento feminista alrededor de los años 70 y dirigidas hacia la recuperación de los procesos reproductivos. El cuerpo de las mujeres había sido expropiado por la medicina, esto es, definido y tratado sin considerar su voz y experiencias, y las activistas feministas veían que el desconocimiento e ignorancia en las que se mantenía a las mujeres, era una forma de control al servicio del poder patriarcal (Taboada, 1978). Los saberes eran manejados por el poder médico en cuya ideología sexista se mantenía y justificaba la opresión e inferioridad de las mujeres, ejerciendo estas funciones a través del control de sus cuerpos. Taboada (1978), al igual que otras mujeres (VV.AA, 1982), proponen el conocimiento como forma de liberación con el objetivo de "*recuperar nuestro territorio colonizado, el cuerpo*" (Ibídem:12). Con esta inquietud proliferan en los países capitalistas Colectivos de Salud de las Mujeres (Ehrenreich y English, 1990:9) que promovían la autoayuda -self help- para la autogestión del cuerpo.

⁵⁷ En las publicaciones de estas profesionales encontramos cada vez con mayor asiduidad artículos en los que se plantean formas de atención menos intervencionistas, cuestionando algunas de las prácticas médicas sistemáticas o poniendo interés en el bienestar y seguridad de las mujeres usuarias. El concepto de "evidencia científica" tan utilizado en los últimos años favorece este movimiento de cambio apoyado en la mejor formación y autonomía que en la actualidad se ofrece a las matronas.

⁵⁸ Algunos ejemplos se muestran en la revista *Ob Stare* desde donde mujeres y parejas reivindican una mayor autonomía y protagonismo en el parto y exponen las críticas al sistema asistencial. Otra publicación más sencilla, pero en la misma línea es *Diàlegs des d'Acuario*. En ambas, colaboran profesionales médico-sanitarios. También, hay que considerar páginas Web y asociaciones de profesionales y mujeres que en los últimos años se han formado con el mismo objetivo de desmedicalización y autonomía para el nacimiento. (<http://www.elistas.net/listas/apoyocesareas>).

En los discursos feministas, el hecho de la maternidad ha pasado por diferentes teorías. Elixabete Imaz (2001:107) propone a Rich (1996) como la primera autora que plantea que la experiencia de la maternidad puede ser positiva y enriquecedora para las mujeres, y con la necesidad de un análisis para superar lo que considera el cuerpo alienado en el embarazo y parto. Así, escribe Imaz (2001), *“reivindica una reapropiación de la experiencia física y psicológica de la maternidad por parte de las mujeres y, junto a ello, una reapropiación del cuerpo”* (ibidem:107). Es en esta línea donde se sitúa el movimiento actual para la recuperación del nacimiento. No se trata pues de volver al pasado sino que, en los circuitos médicos de seguridad, se de la opción a tomar decisiones y que éstas sean escuchadas.

Desde diferentes ámbitos se han levantado voces denunciando la excesiva intervención médica en el parto, traducida en la manipulación innecesaria del cuerpo de las mujeres pero, sobre todo, proponiendo alternativas para proporcionar al nacimiento una atención más humana y digna (Fuentes, 2001:130), en la que, aparte de reducir la medicalización, se contemple a las mujeres como sujetos de propio derecho. Los estudios más representativos parten de la Organización Mundial de la Salud (W.H.O, 1985; OMS, 1999; Chalmers, Mangiaterra y Porter, 2001), y hacen referencia a estos mismos temas. A partir de la revisión de las investigaciones sobre la asistencia a partos normales⁵⁹, la OMS plantea la evidencia de las prácticas que debieran ser eliminadas por considerarlas claramente perjudiciales o ineficaces (2001:204), y aquellas que se debieran promover, entre las que se encuentran: *“Respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto (...) respeto del derecho de la mujer a su intimidad (...) a la elección de los acompañantes (...) libertad de posición y movimientos durante todo el parto (...) apoyo afectivo de los asistentes”* (O.M.S,1999:72-73); a que las mujeres *“tomen decisiones acerca de su cuidado”* (Ibídem:204), y desaconseja aquellas que limitan o anulen estas propuestas, tendencias estas que hemos visto también se recogen en el PAPP (2003), aunque no estén activadas.

Podemos resumir por lo anterior, que las recomendaciones de la OMS responden a las reivindicaciones planteadas ya por Rich (1996) y el resto de

⁵⁹ El grupo de trabajo Technical Working Group WHO considera el parto normal como: *“Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las 37 a 42 semanas completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones”* (Organización Mundial de la Salud, 1999:9)

feministas. Las mujeres abandonan la actitud pasiva que de ellas se esperaba y toman parte activa y dinámica. Comparten objetivos y decisiones que les incumben con unos/as profesionales que, además de cuidar la seguridad física, las consideran en todas sus dimensiones: afectivas, psicológicas y sociales (Chalmers, Mangiaterra y Porter, 2001:204).

En las propuestas de la OMS incluídas en el estudio citado (OMS, 1999), se aprecian marcadas diferencias respecto a lo que se entiende por “normal” en distintos países, afirmando que “*el concepto de “normalidad” en el parto y en el nacimiento no está estandarizado ni universalizado*” (Ibídem:3), y que en ello van a influir los factores económicos y culturales de cada contexto. Lo novedoso de esta posición es por un lado, su planteamiento y protagonismo igualitario entre las prácticas biomédicas y aquellas otras consideradas como propias de los sistemas alternativos o de autoatención. Se capta una concepción tendente a la complementariedad entre los saberes médicos y los otros que son considerados igualmente científicos. Por otro lado, promueve el análisis crítico de las prácticas médicas sistemáticas, cuestiona los discursos hegemónicos y considera imprescindible la participación de las mujeres y matronas. Por la autoridad que representa este organismo, es el estudio de referencia para profesionales y usuarias a partir del cual se plantean demandas para introducir cambios en las instituciones hospitalarias, repercusión que ya hemos visto y mencionamos de nuevo, aparece reflejada en el PAPP (2003), aunque en general, fueron las publicaciones consideradas como “alternativas” quienes se hicieron eco de estas recomendaciones más tempranamente⁶⁰.

En el territorio español, la atención médica al parto centrada en los hospitales data aproximadamente de hace cuarenta años (Vía, 1972)⁶¹, con lo que muchas mujeres tienen conocimiento del transcurso normal de los partos y sin presencia médica, evidencia que entra en contradicción con las representaciones actuales de los riesgos y promueve en las mujeres interesadas en la desmedicalización, la búsqueda de información por otros medios para la consecución de un nacimiento más autónomo y menos intervenido⁶². La tendencia a limitar las intervenciones médicas en el nacimiento es una práctica habitual en el resto de Europa (Wagner, 1989, 2000;

⁶⁰ Publicaciones periódicas han sido editadas en la desaparecida revista *Natura Medicatrix*. En su nº 61 (2000) aparece una relación de todos los artículos sobre el tema. Otras publicaciones son las realizadas por Integral, entre ellas el monográfico nº 4 *Embarazo y nacimiento gozosos*, con diversas ediciones.

⁶¹ Knibiehler (1995:106) aporta datos de cómo también en Francia se dio una situación similar.

⁶² Información de estas demandas las encontramos en las revistas: *Ob Stare Diàlegs des d' Acuario*.

Fernández del Castillo, 1994; Berghammer, Ahner y Husslein, 1995; Towler y Bramall, 1997).

4. LA MATERNIDAD

El concepto de maternidad ha ido modificándose a través de la historia, y se adapta a cada etapa y contexto manteniendo los mismos valores, normas e ideales que se movilizan en el establecimiento de las representaciones que conforman el orden social; es decir, la maternidad se estructura en el conjunto de relaciones sociales dentro de un determinado sistema de género (Esteban, 2000:208). Somos herederos/as de unos discursos específicos acerca de la maternidad y son éstos los que nos proponemos revisar en el primer apartado y para establecer un nexo en el que conectar las prácticas del nacimiento de principios del siglo XX con el modelo de maternidad que se mantenía desde los discursos médicos como reflejo de una ideología que, todavía hoy aunque modificada, sigue latente en el imaginario social. En un segundo apartado reflejamos el análisis crítico de los estudios feministas que revisan esta construcción de la maternidad y el amor maternal, para pasar a un tercer apartado, en el que aportamos la revisión de las nuevas formas o alternativas a la función maternal propuestas por investigaciones recientes. Finalmente, recogemos una breve reseña de la presencia de los padres enfocada desde su implicación actual en la crianza de los/as hijos/as

4.1. Discursos de la maternidad. La herencia de un modelo

La maternidad como finalidad única de las mujeres ha sido, con más o menos énfasis, el discurso que se ha mantenido a lo largo de la historia en Occidente. No es solamente parir; la alimentación, crianza y educación de las hijas/os serán funciones de las mujeres-madres que, a partir del siglo XVIII se irán reforzando hasta adquirir ese carácter de naturalidad biológica en el que se ancla esta ideología. El discurso médico legitimado, desde su triple autoridad -masculina, respaldada por la ciencia y al servicio del Estado-, difundirá un modelo de mujer maternal más dinámico y acorde con las necesidades que planteaba el progreso social de principios de siglo, pero conservando la ideología tradicional de base religiosa (Nash, 1993:628), y sin introducir modificaciones en las estructuras de las relaciones de poder establecidas (Ortíz, 1993:109).

En la biología sigue descansando el discurso del destino maternal ineludible, reforzado por el mandato divino y como deber social. La obra del médico Joaquín Castellsaguer (1924) se presenta como modelo de referencia en la defensa de estos discursos, afirmando que la mujer cumple con su deber *“al acatar la sagrada misión*

que Dios te confió a ti como a las demás mujeres" (ibidem:1), o que la maternidad es *"el mayor premio y la mayor gloria que Dios puede concederlas"* (ibidem:134), pero eso sí, dentro del matrimonio. Une la imposición divina con el deber social al afirmar que la mujer sin hijos:

"No alcanza ni puede alcanzar la plenitud de la gracia terrenal, ni la plena soberanía de sus derechos y deberes para con la sociedad, ya que ésta, para su engrandecimiento, conservación y progreso, requiere de la incesante multiplicación y procreación" (ibidem:7-8).

En esta afirmación, al igual que hace Miguel Maseras (1920:84), se le asigna a las mujeres el lugar de hembras reproductoras y las pone al servicio de la reproducción social. Es la madre la que importa, no la mujer, afirma Raquel Álvarez Peláez (1990:184) y la mujer, continúa la autora, *"se convierte, (...) por la realidad biológica de su situación reproductiva, y por presión del medio, de la cultura, de la ideología y de la religión (...) exclusivamente (en) la madre por excelencia"* (ibidem:184).

Las doctrinas eugenésicas de la época permitirán a la medicina hacer dictámenes en el campo de la moral, la filosofía, la jurisprudencia o la educación social (Martínez Vargas, 1924:II), pero centrada primordialmente en los deberes de las mujeres a las que ahora se presenta un nuevo modelo (Nash, 1993:627); la mujer instruida y educada. Utilizará estas aptitudes sabiamente demostrando así su talento en la sumisión al marido y para el mantenimiento de la familia.

Los discursos médicos idealizadores de la mujer-madre utilizan recursos legitimadores que no aceptan disidencias y en los que opera lo que Bourdieu denomina violencia simbólica (2000:49). Los elogios y beneficios de la maternidad se acompañan de todo un constructo simbólico de deseos maternos que se atribuyen a todas las mujeres (Castellsaguer, 1924: 6-134-204). Se disfraza así la opresión que se presenta ahora interiorizada como deseo propio, en palabras de Álvarez Peláez (1990:184) "autoconvencimiento", que responde a la interiorización de las significaciones dictadas desde los discursos dominantes, que escapan, afirma Bourdieu (2000:35) a la conciencia y la voluntad. El surgimiento de las significaciones e idealización maternal en esta etapa es acompañado por la proliferación de discursos normativizadores que mantienen la subordinación de las mujeres, reafirman su papel reproductor y refuerzan el orden del matrimonio, la familia y la sexualidad, y que constituyeron un medio fundamental de control y poder (Esteban, 2000:210). La

activación de estos discursos siempre ha respondido a las necesidades que en las distintas épocas ha planteado la reproducción social (Ferro, 1991; Badinter, 1991; Eyer, 1995; Fuentes Caballero, 1996).

4.2. Mujer-madre-maternal y la crítica feminista

Ser mujer ha estado asociado tradicionalmente al potencial de fertilidad (Moreno Rodríguez, 1995:117), a la capacidad biológica de ser madre. El cuerpo de las mujeres ha sido definido a partir de este potencial (Esteban, 1994:7), en el que se conforman y mantienen las relaciones de género y se estructura el orden social atribuyendo diferentes categorías, roles y espacios a hombres y mujeres y, en cuya ideología se ha sustentado la inferioridad femenina y la dominación masculina (Osborne, 1993:76). La necesidad social de reproducción biológica, afirma Bourdieu (2000), no es determinante en sí misma de nada, será la construcción social de lo biológico, los significados atribuidos a los cuerpos de hombres y mujeres, quienes proporcionen *“un fundamento aparentemente natural a la visión androcéntrica de la división de la actividad sexual y de la división sexual del trabajo y, a partir de ahí, de todo el cosmos”* (Ibídem:37).

Ser mujer, lo mismo que ser madre y las funciones de la maternidad, se inscriben en el núcleo de esta construcción social que ha evolucionado adaptándose a las necesidades de cada proceso histórico, pero sin modificar las bases de las representaciones sociales que las sustentan, y cuyos significados, mantiene Moore (1996:40-43), no son universales. La naturalidad con que se han asociado los procesos biológicos, apunta la autora, ha llevado a la *“tendencia generalizada de establecer un vínculo indisoluble entre la vida de las mujeres y su fisiología”* (Ibídem:43), y los conceptos de mujer y madre se superponen y presentan como interdependientes, sujetos a un determinismo biológico naturalizado.

La relación mujer-madre-maternal como única forma de realización femenina (Osborne, 1993) ha sido la construcción ideológica mantenida durante siglos por el poder político y las instituciones⁶³ y, en base a ella, se ha erigido la vida de las mujeres configurando su formación, aprendizajes, conducta, valores y actitudes.

⁶³ Bourdieu afirma que el Estado y sus instituciones son *“lugares de elaboración y de imposición de principios de dominación”* (2000:13).

Las construcciones ideológicas se presentan, para Janet Saltzman, como “*sistemas coherentes de creencias que orientan a las personas hacia una manera concreta de entender y valorar el mundo*” (1989:44), y que son producto de procesos e intereses sociales que apoyan y refuerzan el orden establecido (Moreno y Soto, 1994:117; Heritier, 1996:221). La ideología que ha sustentado la definición de mujer-madre anclada en una naturalización biológica ineludible, mantiene las desigualdades de poder y la inferioridad naturalizada de las mujeres, justificando la división del trabajo y las diferencias en el valor de producción y reproducción (Narotzky, 1988:132; Saltzman, 1989:25; Bourdieu, 2000:49), y la diferencia en “*la configuración de las emociones*” (Esteban, 2000:208).

A las mujeres se les ha atribuido una serie de características que se consideran propias y naturales que las hace aptas para el ejercicio de la maternidad y desde las que se dicta cómo ser madre o buena madre (González de Chávez, 1999); pero las actividades y sentimientos que se presumen maternales en occidente, se han ido modificando a lo largo del tiempo. Se les supone un instinto maternal que les induce al amor al hijo/a nacido y las dispone naturalmente para su cuidado. Estos discursos han sido ampliamente analizados y discutidos (Badinter, 1991; Ferro, 1991; Osborne, 1993; Moore, 1996; Scheper-Heghes, 1997; Tubert, 1996). Badinter (1991) por ejemplo aporta una revisión minuciosa del surgimiento de una forma de maternidad a partir del discurso idealizado del amor materno como un valor natural instintivo e inherente a todas las mujeres. A partir del siglo XVII, señala esta autora, debido a la revalorización de la infancia como producto de interés social y económico, se necesitará de mujeres nutricias que cuiden y alimenten personalmente a sus recién nacidos, ensalzando a esta madre como feliz y merecedora de respeto por esta tarea (Ibídem:118).

El amor materno, asociado ahora al instinto, induce a la naturalización de la relación madre-hijo/a y la realización de aquello que se espera de las “buenas madres” frente a la culpabilización de aquellas que no responden al instinto (Badinter, 1991:264) o “madres desnaturalizadas”. El instinto maternal, además de ser una expresión de dominación, “*es en realidad solamente un mito*” (Ferro, 1991:XII), opinión que comparte Osborne (1993), que considera que lo que se denomina instinto maternal predestina a la maternidad biológica y al cuidado posterior de las criaturas nacidas como algo aparentemente natural que “*deja así de ser natural por la*

manipulación y reinterpretación social a la que sometemos a la naturaleza” (Ibídem:147).

La presión y dictámenes que desde los espacios de poder se ha realizado a favor de la inculcación de la maternidad como deber y fin, y el amor materno como naturalizado, por sí mismos nos indican su carácter cultural. Son procesos que necesitan de aprendizaje y refuerzo para inducir a su cumplimiento y adaptación a lo que se espera y se ha definido socialmente como mujer-madre. En este sentido, Amparo Moreno y Pilar Soto (1994) presentan una interesante revisión crítica de cómo en las investigaciones realizadas ya en el siglo XX se siguen manteniendo las ideologías del ideal maternal tradicional que ahora aparecen reforzadas por la ciencia y de las que las autoras desenmascaran las contradicciones e intereses que las mantienen. En los resultados de estas investigaciones se sigue asignando a las mujeres cómo únicas responsables del bienestar físico y psicológico de las criaturas: *“La maternidad se conceptualiza como un asunto privado y se olvidan las poderosas influencias del contexto cultural y socioeconómico”* (ibidem:112). También Rosa M^a Osorio (1999) afirma que en la recuperación de los discursos de las madres se observa que *“no hay ninguna esencia natural, innata, del ser madre, ni el apego filial es producto del parir”* (Ibídem:68). En esta línea los trabajos de Nancy Scheper-Hughes (1997) muestran que lo que se entiende por amor materno no es un constructo universal, sino *“una representación ideológica y simbólica que tiene sus raíces en las condiciones materiales que definen la vida reproductiva de las mujeres”* (Ibídem:384); como también queda reflejado por Moreno y Soto (1994:114) y Osborne (1993:147).

Los patrones culturales del ideal maternal siguen manteniendo su influencia en nuestros días (Hays, 1998:17; González de Chávez, 1999:34), eso sí, adaptando sus discursos a las características del contexto social. Estos patrones se presentan como modelos a seguir por las madres, situación que hace surgir las contradicciones entre la realidad experimentada de la maternidad y el ideal propuesto que, en opinión de Moreno y Soto (1994), es *“como un espejo que no refleja a la mujer y crea sentimientos de conflicto y contradicción”* (Ibídem:108).

El núcleo del modelo ideal materno se mantiene inalterable y se activa, apunta Esteban (2000:210), en épocas determinadas como fue el periodo de entreguerras y hoy día, por diferentes factores, entre ellos la baja natalidad y el envejecimiento de la

población. En éste ideal sigue activa la ideología de la responsabilidad de las mujeres respecto al cuidado de las criaturas como respuesta biológica naturalizada. Mantiene los mismos argumentos en las diferencias de poder, autonomía, roles y espacios atribuidos a hombres y mujeres, situación que Esteban califica como *“una ideología de género (...) culpabilizadora, cultural, étnica y de clase”* (Ibídem: 211-212), que sirve a los intereses del capitalismo y del Estado (Hays,1998:18).

4.3. Re-construyendo la maternidad

En las últimas décadas se han ido introduciendo modificaciones en la construcción cultural de la maternidad y su idealización. La mayor incorporación de las mujeres al mercado laboral, y con ello la autonomía económica, la anticoncepción que separa la sexualidad de la reproducción, el valor del tiempo libre, el mercado del ocio y la mayor formación entre otros factores, hacen de la maternidad no un fin en sí mismo para las mujeres, sino que se contempla como una posibilidad más entre otras de su vida.

En esta línea, Carmen Díez (1995) revisa cómo en el resurgimiento actual del discurso materno en las sociedades industriales y capitalistas se siguen manteniendo reforzados los códigos culturales y morales. Dictan lo que se espera de una mujer madre “normal” como son la dedicación a tiempo completo a la criatura y la entrega total de la madre biológica. El niño “hipervalorado” de hoy (Esteban, 2000:211), necesita de sus continuos cuidados y puede sufrir mermas psicológicas si esto no se cumple. Ésta ideología culpabiliza a las mujeres y es *“causa de tensiones y conflictos”* en ellas (Díez, 1995:83). En su investigación en el entorno vasco Díez subraya cómo, frente a ésta:

“Construcción y concepción única y preponderante del hecho y los discursos de la maternidad, existen, tanto en nuestra propia sociedad como en otras, lo que podemos denominar ideologías diversas y modelos distintos de maternidad, que tienen una traducción directa en la manera en que las personas configuran diferentes formas de acción” (Ibídem: 157).

Si bien la maternidad, continúa Díez, *“sigue siendo una metáfora organizadora en nuestra sociedad, las respuestas de las mujeres son diversas”* (Ibídem:157). No hay un único modelo del ejercicio de la maternidad. La realidad de las experiencias vividas y transmitidas por las mujeres muestran cómo han elaborado estrategias personales de adaptación para equilibrar los propios deseos o proyectos y necesidades, con las exigencias de una tarea maternal que es redefinida.

Del modelo de Díez nos interesan las estrategias de adaptación desde un marco que incluya el análisis de las formas sentidas y reales de lo que las mujeres y parejas expresan respecto al proceso en el que se encuentran. De las estrategias aportadas por la autora recogemos aquellas para ser analizadas en nuestro estudio como: el retraso del nacimiento del primer hijo/a, la decisión por la maternidad en un determinado tiempo o edad, o la dedicación del tiempo a la criatura. Consideramos que no son estrategias aisladas sino que, entre ellas se entretajan todo un constructo de formas diferenciadas de afrontamiento que refleja cómo mujeres y hombres *“miden las consecuencias que la maternidad va a tener en sus vidas”* (ibidem:173) y las condiciones supuestas o planificadas para asumirla. Recogemos estos aspectos desde el relato de las mujeres y parejas con la intención de dar visibilidad a la riqueza de enfoques que actualmente admite el ideal de la maternidad y su experiencia para, como plantea Esteban (2000):

“Poner de manifiesto los entresijos y consecuencias de dicha ideología, así como para ir contribuyendo a que la maternidad sea considerada dentro de la antropología y las ciencias sociales un ámbito de estudio y reflexión similar a otros” (Ibídem:224).

Utilizamos también el trabajo de otras autoras. Norma Ferro (1991) hace una construcción histórica de la maternidad, el amor y el instinto maternal, muy útil hoy para responder a los discursos naturalizados que se plantean respecto a estos conceptos. Sharon Hays (1998) porque profundiza en el análisis de la dedicación de las mujeres a las criaturas o lo que ella denomina “maternidad intensiva” y Esteban (2000) por su revisión y análisis crítico sobre la maternidad y la lactancia materna cuyo discurso es hoy hegemónico en la alimentación a las criaturas. Estas autoras nos aportan modelos y teorías para el análisis donde contrastar la realidad experimentada y manifestada por las mujeres, frente a los discursos idealizadores de la maternidad que la presentan estandarizada y uniforme. Por otro lado, son la referencia para plasmar las estrategias que activan las mujeres haciendo de la maternidad un mosaico variado de discursos con múltiples formas de vivirla y afrontarla.

Los modelos cambian, apunta Hays (1998) y surgen otros y *“en cada periodo se agregan piezas a lo que hoy en día se ha convertido en una visión muy elaborada de la maternidad intensiva”* (Ibídem:49). Los discursos de la maternidad se transforman, propiedad que Díez (1995:91) denomina como *“plasticidad de la maternidad para adaptarse a las distintas situaciones”* (Ibídem:91) en las que se

reflejan las diversas formas de ejercicio, vivencia y significado. Así pues, y como propone Montse Juan (1991:43) debiéramos hablar, más que de una maternidad, de maternidades.

4.4. La cuestión del padre

Los hombres hoy se están implicando cada vez más en el cuidado de las criaturas y el proyecto de mater/paternidad es casi siempre una decisión consensuada en la pareja. Por esto hemos considerado útil revisar una muestra sobre lo que se ha investigado de las funciones y deseos que presentan o han presentado los padres.

Que el ejercicio de la crianza de los hijos/as o función maternal no está vinculado a la actividad biológica del parir es aceptado por todos/as los autores/as revisados. Las criaturas necesitan para su supervivencia cuidados que pueden ser proporcionados por cualquier persona dispuesta a ello, incluido el padre. En la actualidad estamos asistiendo a una mayor implicación y deseo de los hombres a asumir las funciones tradicionalmente consideradas como maternas. En esta línea, la maternidad se concibe como un asunto compartido, y se habla de “paternidad responsable”.

Buscando conocer los orígenes del deseo maternal masculino, o “instinto” paterno, Bernard This (1982) nos aporta una revisión que pasa por la consideración de conductas tenidas como maternas en los machos de algunas especies animales, hasta la exploración de relatos mitológicos de embarazos y partos masculinos. Moviéndose entre lo imaginario, lo simbólico y lo real, después de un rastreo histórico y etológico, llega al planteamiento de la inhibición social en los hombres del deseo materno, y reivindica la necesidad de la presencia e implicación del padre en el nacimiento; pero su análisis, no va más allá de este dato. También más recientemente, y desde una perspectiva psicologicista, el estudio de Cristina Horvath Cea (1999), se centra y se queda en los beneficios de la participación de los padres en el parto, práctica que repercutirá según la autora en unas relaciones familiares más positivas con la criatura. El interés del enfoque que se da en estos trabajos es porque reflejan la evolución que se está produciendo hoy en lo que se entiende por una mayor participación paterna en los procesos del embarazo y parto (PAPP, 2003:93)⁶⁴.

⁶⁴ Hasta no hace muchos años, al padre no se le permitía en los hospitales estar presente en el transcurso del nacimiento de sus hijos/as. Hoy, aunque todavía quedan voces disidentes, en general se promueve esta práctica.

Tenemos la percepción de que esta participación socialmente promovida y aceptada, tiene su paralelismo simbólico con la “afirmación social de la paternidad”; función que cumplía la práctica de la *cuvada*⁶⁵ en tiempos pretéritos. También, por otro lado, puede responder a las necesidades que se plantean desde la organización social y económica actual, cuya tendencia al aislamiento e individualismo promueve una mayor necesidad de apoyo entre los miembros de la pareja.

Pero la maternidad compartida en la crianza de los hijos/as es minoritaria (Díez, 2000:164) aunque, como apunta Osborne (1993:131), se ha puesto de relieve el positivo desarrollo de niños y niñas cuyos padres varones fueron sus cuidadores principales. Osborne (Ibídem:131,140) revisa los argumentos planteados por otras autoras acerca de esta corresponsabilidad, exponiendo las ventajas e inconvenientes que pueden presentar para las mujeres y desde el análisis de sus repercusiones hacia formas más igualitarias y equivalentes de poder entre hombres y mujeres.

Por otro lado, la investigación de Díez (2000:164) nos trae la paradoja de las perspectivas maternas. Las mujeres se plantean la maternidad como algo que puede ser a la vez individual y compartido y en base a una relación de pareja que hoy no se presenta estable ni indisoluble. Frente a la asunción de una cada vez mayor práctica de la paternidad responsable voluntaria de los hombres, las mujeres del estudio de Díez presentan el trabajo remunerado –autonomía económica– como una necesidad que les puede permitir –en caso necesario– una maternidad individual haciendo frente al mantenimiento y cuidado de los hijos/as. Parece pues que la representación de la práctica maternal impuesta para las mujeres sigue siendo la tónica dominante, mientras que, para los padres, aún reconociendo los beneficios de su implicación a todos los niveles (González de Chávez, 2004:8)⁶⁶, dicha práctica se presenta solamente como un derecho o posibilidad de libre elección, pero nunca una obligación.

⁶⁵ La *cuvada* o *covada* es el término que se refiere a las prácticas del padre antes, durante y después del parto en las que Caro Baroja (1977:208), This (1982:151-176) y Moore (1996:44) revisan las múltiples interpretaciones que de ellas se han realizado.

⁶⁶ Esta autora plantea también las dificultades con las que se encuentran los hombres ante los estereotipos sociales de la maternidad y lo que se espera del varón, situaciones que inhiben una mayor implicación paterna y puede ser fuente de problemas en el grupo familiar.

SEGUNDA PARTE

OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA

1. Objetivo general

Como ha quedado reflejado anteriormente, nuestro objeto de estudio es el análisis de los significados, creencias, actitudes, ideologías y valores, junto con las prácticas y recursos que las mujeres gestantes, comadronas y médicos activan respecto al proceso del nacimiento y maternidad. El objetivo general que dirige nuestra investigación es el de analizar las representaciones y prácticas que socialmente y desde el sistema médico se mantienen alrededor del embarazo, parto y puerperio y su repercusión o influencia sobre las mujeres gestantes, así como las diferentes y variadas ideas y experiencias de ellas.

Objetivos específicos.

Respecto a las mujeres y parejas:

- Conocer los significados que manifiestan las mujeres embarazadas y sus parejas sobre el embarazo, la maternidad, la vivencia del cuerpo, el parto y el postparto.
- Conocer los recursos que movilizan y las prácticas que llevan a cabo para su atención, tanto en el ámbito doméstico como profesional y a lo largo de todo el recorrido del embarazo, parto y puerperio.
- Analizar las relaciones que se establecen durante la atención al embarazo, parto y postparto entre los/as profesionales sanitarios, las mujeres embarazadas y sus parejas.
- Analizar las experiencias concretas de las mujeres y parejas en relación a los sucesos del embarazo, parto y nacimiento de su hijo/a.
- Conocer la experiencia de las mujeres en el inicio de la práctica de la maternidad.

Respecto a las matronas:

- Analizar los significados, ideas, valores y conceptos de las matronas respecto al embarazo, parto y maternidad.

- Conocer y analizar las prácticas de atención y cuidados a lo largo de la gestación, nacimiento y puerperio tanto en el ámbito hospitalario como fuera de él.

Respecto a los/as obstetras:

- Analizar los significados, ideas, valores y conceptos de los/as obstetras respecto al embarazo y parto y maternidad.
- Conocer y analizar las prácticas de atención y cuidados a lo largo de la gestación, nacimiento y puerperio tanto en el ámbito hospitalario como fuera de él.

2. Hipótesis

- 1) En los encuentros asistenciales entre mujeres embarazadas y profesionales, se refuerza la pérdida de autonomía y la desconfianza de las mujeres respecto a dichos procesos, manteniéndose así el poder de los/as profesionales y el control social e ideológico sobre las mujeres. Paralelamente, y en distintos grados, algunas mujeres se cuestionan estas prácticas, presentan nuevos planteamientos e incluso introducen cambios que repercuten en la autopercepción del cuerpo y correlativamente, en su forma de representar el nacimiento.
- 2) La atención proporcionada desde las instituciones a lo largo de la gestación y parto está centrada en el cuerpo como vehículo del feto principal objeto de interés y se caracteriza por la desconfianza hacia las funciones reproductivas de las mujeres, por lo que estas aparecen “cosificadas”, como cuerpos que fabrican criaturas y sobre quienes los/as profesionales están autorizados/as a intervenir. Las maneras en cómo pueden ser vividas estas experiencias son diferentes entre las mujeres, relacionado esto más con ideologías naturistas, sociopolíticas y feministas, que con variables como la edad o el nivel socioeconómico. Estas tendencias van a influir en la interiorización o no de las representaciones dominantes así como en el ejercicio de la propia autonomía.
- 3) La atención que se da alrededor del nacimiento se produce en el marco de una sociedad que ha construido la noción de riesgo como una amenaza

constante y presente, inherente al proceso del embarazo y parto. Por otro lado, el dolor propio del acto de parir va siendo considerado como un mal innecesario y eludible. En el objetivo de la reducción o anulación tanto de los riesgos como del dolor, se justificará el uso intensivo de la tecnología obstétrica y la medicalización a la que están sometidas las mujeres en sus gestaciones y partos.

- 4) La atención médica que se proporciona a las mujeres en los centros asistenciales está intensamente medicalizada y responde a un consenso protocolarizado. Esta sistematización da como resultado una atención estandarizada y homogénea para todas las mujeres. Se observan diferentes grados de medicalización o intervención médica dependiendo de los/as profesionales, servicios y de las propias mujeres, que a su vez es utilizada por algunas de ellas para dar respuesta a sus deseos sobre cómo quieren llevar a cabo el nacimiento.
- 5) Las mujeres gestantes, en diferentes medidas, ejercen un cierto control sobre su proceso de maternidad. Así, toman decisiones con vistas a alcanzar sus propios objetivos llegando, en algunos casos, a reformular los planteamientos clave del modelo médico hegemónico tanto dentro como fuera del sistema. Algunas incluso elaboran formas alternativas de parir.
- 6) Dentro de la ideología dominante de nuestra sociedad, la maternidad se presenta como una función deseable que deben cumplir todas las mujeres, estando sus normas, límites y valores establecidos socialmente. Los discursos en torno a la maternidad la rodean de un halo que evoca la felicidad, la realización personal y el deber satisfactoriamente cumplido. Estas ideas ejercen influencia en las mujeres en su decisión del deseo del hijo/a. Pero no todas las mujeres perciben ni experimentan la maternidad así definida, independientemente de que sea una decisión planificada o no. Muy al contrario, la gran mayoría de ellas en el proceso del embarazo, parto y puerperio, vivirán múltiples experiencias, unas gratificantes y otras no. La idealización social de la maternidad puede producir en las mujeres un desajuste entre las expectativas sociales y sus vivencias reales.

3. Algunos conceptos teóricos de referencia

Después de la revisión teórica realizada, queremos concretar algunos conceptos clave para nuestro análisis como son los modelos de atención, y puesto que en ellos se sitúan tanto las mujeres gestantes como los/as profesionales a lo largo de todo el recorrido asistencial. Hemos situado las bases del sistema médico, hoy hegemónico, de sus discursos y prácticas alrededor del nacimiento. Pero también se están dando otras formas minoritarias de entenderlo y significarlo; por lo tanto de tratarlo y en su conjunto, conforman la red de atención que utilizarán las mujeres gestantes. Para el análisis de los sistemas de atención nos basamos en la propuesta de modelos que plantea Menéndez (1984). Este autor parte de que *“el proceso capitalista conduce a la emergencia de varios modelos de atención médica”* (Ibidem:1) y, el modelo médico que se define progresivamente como hegemónico intentará

“la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos, lo cual, en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos, que cada vez en mayor medida constituyen derivados conflictivos y/o complementarios del modelo médico hegemónico” (ibidem:1).

Esta dinámica de apropiación, transformación y exclusión es una de las características inherente del modelo biomédico o alopático en el contexto occidental, y que se ha reflejado en la revisión teórica del estudio. Por modelo médico entiende Menéndez:

“Aquella construcción que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los curadores (incluidos los médicos) sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento” (ibidem:5).

Así, los modelos médicos de atención son constructos que, para actuar eficazmente, necesitan ser compartidos en un determinado espacio social e ideológico que les proporciona el reconocimiento. Pasamos a revisar las características de estos modelos, especialmente el modelo médico hegemónico –MMH- ya que por su legitimidad ideológica y práctica, es la referencia en que se sitúa totalmente la atención al nacimiento en la actualidad, aún considerando la existencia de otras formas de atención con las que establecer una interrelación complementaria.

El Modelo Médico Hegemónico se refiere a la *“biomedicina, medicina alopática o medicina científica”* (Menéndez y Di Pardo, 1996: 20). Este modelo está aceptado socialmente como: *“La única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y*

solucionar los problemas de la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como políticos" (ibidem:59). Algunos de los rasgos estructurales que proponen los autores y que se reflejarán en nuestro análisis son: biologismo; eficacia pragmática; dominio de una orientación curativo-asistencial; relación médico-paciente asimétrica y subordinada; concepción del paciente como ignorante o como portador de un saber médico equivocado; el paciente como consumidor pasivo; exclusión del paciente del saber médico; e identificación ideológica con la racionalidad (ibidem:60; Menéndez, 1984:6). Este modelo está en continua evolución y aunque se le han planteado críticas, sigue en expansión (Menéndez 2005:47). Impregna, en el tema que nos ocupa, ideológica y prácticamente todas las áreas del nacimiento siendo, como ya hemos revisado, la medicalización intensiva su característica como consecuencia de la visión centrada en lo biológico (Junge, 2001). En este modelo incluimos las profesiones llamadas paramédicas (Freidson, 1978) que en nuestro estudio son las matronas.

El Modelo Médico Alternativo (MMA) también está representado en la atención al nacimiento. En él, Menéndez integra las prácticas médicas consideradas tradicionales con otras que se van construyendo como derivadas a partir del MMH y alternativas a él pero partiendo de una misma base ideológica, y aquellas *"prácticas médicas de alto nivel de complejidad y organización, desarrolladas hasta fechas recientes al margen del sistema médico occidental"* (1984:7). El MMA es generalmente estigmatizado por el MMH como se verá en nuestro análisis.

Un último modelo, el de Autoatención es aquel en el que el diagnóstico y atención son *"llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parental o comunal y en el cual no actúa directamente el curador profesional (...) es estructural a toda la sociedad, suponiendo el primer nivel de atención"* (Menéndez, 1984:8). Las actividades de autoatención (alimentación, limpieza, higiene, prevención y curación de las enfermedades) están dirigidas *"a asegurar la reproducción biológica y social a partir de la unidad doméstico/familiar"* (Menéndez, 1990:176). Este modelo tiene una particular relevancia en nuestro análisis por las actividades que las mujeres introducen para su autocuidado, por las manifestaciones de resistencia al MMH. Incluimos la automedicación como parte de la autoatención y considerando, como propone Menéndez (1990:176), que pueden ser tanto el uso de sustancias o fármacos, como la realización de acciones físicas o procedimientos mentales, etc.

Otras teorías respecto al sistema de atención, que además complementan el modelo de Menéndez, son las que propone Davis-Floyd (2001). Esta autora en sus investigaciones plantea tres paradigmas de atención respecto a la asistencia obstétrica: el tecnocrático, el humanista y el holista. Estos modelos difieren entre ellos fundamentalmente en sus definiciones del cuerpo y la relación de los/as profesionales con las mujeres y, por lo tanto, en cómo se afrontan los cuidados de salud. Las características que describe del primero, el tecnocrático, responden al MMH ya revisado. El modelo humanista enfatizará la conexión mente/cuerpo y ve al paciente como sujeto relacional que se informa, toma decisiones y comparte la responsabilidad con el clínico. Este modelo establece un equilibrio entre las necesidades de la institución y las del individuo; la ciencia y tecnología se complementan con el humanismo y se centra en la prevención (Ibidem:21). Para la autora, las bases ideológicas de este modelo están cerca del modelo tecnocrático o MMH, por lo que se pueden introducir cambios desde dentro del propio sistema sin generar por ello gran rechazo (ibidem:21).

En el modelo humanista convergen las propuestas que realizan Hans Bear, Merrill Singer e Ida Susser (1994)⁶⁷ desde la Antropología Médica Crítica que abogan por:

“La necesidad de democratización de la salud, tanto en lo que respecta a las relaciones de poder (...) como en la participación de los pacientes en cuanto ciudadanos y sujetos de salud en los procesos de definición de sus necesidades de salud, así como en los medios adecuados para satisfacerlas” (Junge, 2001:1).

El último modelo descrito por Davis-Floyd, el holista, parte de la unidad mente, cuerpo y espíritu. El cuerpo es visto como un sistema de energía que se interrelaciona con otros sistemas. Concibe a la persona en su totalidad y tiene en cuenta su contexto vital. La autoridad y responsabilidad sobre la salud es inherente a cada individuo. Ciencia y tecnología se ponen al servicio de la persona y se establece una unidad entre profesional y paciente para la individualización de los cuidados (2002:21). El paradigma holista, sigue la autora, *“es una base poderosa para el desarrollo y el uso de formas de medicina y tratamiento que trabaja con energías tales como la acupuntura, la homeopatía, el diagnóstico intuitivo...”* (ibidem:16), y es utilizado por

⁶⁷ Bear, Hans. Singer, Merrill. Susser, Ida. (1994) *Medical Anthropology and the World System. A critical perspective*. Greenwood Publishing Group. USA. Citado en Junge, 2001.

comadronas que *“buscan conscientemente trabajar con lo que ellas llaman la energía del nacimiento”* (ibidem:16).

En nuestra investigación consideramos que estos paradigmas de atención son complementarios. Dentro del sistema del MMH prima el modelo tecnocrático, pero podemos encontrar algunas vetas ideológicas y prácticas de otros paradigmas que los/as profesionales van integrando y que pueden ir desde un extremo purista a otro más flexible. Davis-Floyd sugiere la combinación de elementos ya que, utilizando la tecnología apropiada, los valores humanistas y la consideración de la individualidad de la persona en su opinión, los/as profesionales *“tienen una oportunidad única de crear el sistema obstétrico más perfecto nunca conocido”* (Ibidem, 5). Así, queremos resaltar el rol que se atribuye a la persona/usuario/embarazada en el paradigma humanista y holista. Las mujeres, en nuestro caso de estudio, dejarán de ser “pacientes”, receptoras pasivas, para ser agentes participantes en la toma de decisiones sobre su salud y la generación de significados, modificando las formas de atención que necesitan según su estado. Cambian pues las relaciones en el proceso asistencial que dejan de ser hegemónicas desde el modelo médico, a otras tendentes a una mayor horizontalidad.

Uno de los ámbitos privilegiados desde donde el MMH impone y refuerza su poder, es en la relación médico/usuario. En ella se mantienen las representaciones que enmarcan las experiencias de las mujeres. Al igual que otros aspectos de la vida, nos encontramos con la medicalización de todos los procesos del nacimiento y su necesidad es justificada “científicamente” e interiorizada en discursos y prácticas socialmente compartidos. Pero frente a esta tendencia, recogemos el término “resistencia” de la antropología médica para considerar y analizar como apunta Good (2003): *“Actividades y formas culturales que se resisten a la creciente medicalización de nuestras vidas y, por lo mismo, a la invasión de formas culturales hegemónicas”* (Ibidem:118). Otra de las propuestas de Good sobre las relaciones médico/paciente es considerarlas como *“una conversación, una danza, una búsqueda de significado, la aplicación de simples técnicas que salvan vidas y alivian el dolor”* (Ibidem:122). Desde esta idea el autor aconseja a los antropólogos, entre otras cosas, unirse *“para una práctica más humana de la medicina paralelamente a nuestros análisis de las instituciones médicas y de los abusos de poder médico”* (Ibidem:122-123).

Estas teorías junto con las aportaciones revisadas en el apartado anterior, nos sirven de base para realizar un análisis minucioso en el que emerjan y se muestren las estructuras con que se construyen los discursos y prácticas médicas, su poder y su repercusión en las relaciones con las mujeres y con la finalidad última de aportar datos desde los que generar cambios hacia una práctica médica que, además de sus elementos técnicos, contemple aspectos humanistas u holistas.

4. Diseño metodológico

La metodología utilizada en nuestra investigación es la cualitativa, asociada tradicionalmente a los estudios antropológicos. Pretendemos conocer, para luego analizar e interpretar, los sucesos que rodean al nacimiento, esto es, las representaciones y prácticas que movilizan los sujetos sociales en él implicados y que reflejan el bagaje cultural colectivo del nacimiento. La metodología cualitativa nos ha permitido acercarnos a nuestro objeto de estudio y escudriñar en la estructuración de los factores que lo conforman y condicionan y así conocer la racionalidad de cómo se nos presenta en nuestra realidad. Con ello, y partiendo del trabajo en profundidad y precisión en la recogida de datos que respalde su confiabilidad, hemos obtenido una amplia información descriptiva y explicativa desde la que analizar e interpretar los hechos, para como exponen Menéndez y Di Pardo, *“obtener datos más estratégicos y proponer interpretaciones más correctas”* (1998: 60-61).

Una de las características de este método es que la recogida de datos se realiza desde una perspectiva “emic”, esto es, desde los discursos de los propios actores/as informantes investigados en su participación en el objeto de estudio planteado. Desde esta perspectiva reconocemos que el actor *“tiene un punto de vista propio que debemos tratar de recuperar a través de dicho actor”* y que *“la realidad debería ser descrita y analizada a partir de lo que los actores dicen sobre sí mismos, de cómo la perciben, de cómo viven su realidad”* (Menéndez, 2000:316). Es desde estas teorías que enfocamos nuestro análisis. Tenemos acceso al relato de primera mano de nuestros/as actores/as, de cómo interpretan y perciben los sucesos del nacimiento, los supuestos reales o ideales respecto a él unido a cómo lo experimentan y las prácticas que llevan a cabo, información que consideramos privilegiada, a la que no tendríamos acceso con otras técnicas de investigación y que nos ofrece *“la oportunidad de caracterizar con mayor precisión las representaciones y prácticas sociales”* (Osorio, 2001:43) de las que se rodea al nacimiento en nuestro contexto y en la actualidad.

Para cubrir el objetivo de la calidad de la información en la investigación antropológica⁶⁸, nos planteamos desde el inicio la relevancia de la relación entre el/la investigado/a y la/el investigador/a. La situación ideal para nosotras se da cuando se establece una relación de confianza y empatía, en la que la persona investigada percibe a la investigadora no sólo como sujeto interesado en la recogida de datos, sino como persona implicada en la situación que se comunica. Esta situación, en nuestra experiencia, ha tenido diferentes matices relacionados con quienes eran nuestros/as informantes –mujeres y parejas, matronas, médicos- y el número de entrevistas realizadas a cada una/o.

Así, la investigadora se presentó siempre como antropóloga y comadrona. Entre profesionales, al tratarse de un espacio territorial conocido, algunos/as de ellos/as médicos o comadronas, mantenían la actitud de compartir un corporativismo profesional con la investigadora, de tal manera que se daban por supuestos conocimientos y prácticas que, de obvios, hacían aparecer algunas preguntas como innecesarias o sin sentido partiendo de una profesional. Esto, unido a que la investigadora participa en la asistencia a partos en el domicilio, hacía que se percibieran algunas respuestas cautelosas y desconfiadas en algunos/as informantes. Hay que considerar que en una única entrevista que planificamos realizar a los/as profesionales, no da tiempo a que se establezca totalmente el acercamiento ideal, además de que en la actualidad, estos/as profesionales se sienten sometidos/as a una gran presión por el aumento de denuncias sobre sus prácticas.

Contrariamente, con las informantes embarazadas la trayectoria profesional de la investigadora facilitó la empatía y proximidad aumentado, además, reforzado por el mayor número de encuentros. Observamos, y en ocasiones se nos expuso, que estas informantes encontraron en la investigadora una aliada con quien compartir sus vivencias y ser escuchadas. La confianza establecida en estos encuentros nos proporcionó una comunicación fluida que permitió clarificar la información tanto de las teorías como de las prácticas y con ello, su control riguroso de la realidad. Cabe

⁶⁸ Menéndez y Di Pardo (1996) plantean este celo del investigador, y proponen controles internos de calidad, aunque concluyen que, tratándose de un análisis planteado en términos de sistemas de representaciones y prácticas y no de preguntas y respuestas aisladas, el que emerjan respuestas diferentes y hasta contradictorias, no supone un problema sino que está dentro de las expectativas. En nuestra investigación y, entendiendo que el nacimiento es un proceso en el que se articulan dimensiones personales, sociales, económicas, ideológicas, etc, partimos ya de este supuesto de heterogeneidad.

recordar que los datos obtenidos por este método no tienen como finalidad la representatividad estadística, sino que deben ser valorados en su sentido cualitativo respecto a la producción de interpretaciones acerca de la realidad y problemas planteados en un tiempo y contexto determinados. Desde ambos grupos de informantes –mujeres y profesionales- asumimos, en la línea de lo apuntado por Oriol Romaní (1992), que las relaciones nunca son simétricas y que responden tanto a la posición de las personas como a los diferentes momentos de la interacción comunicativa cuyos efectos difícilmente pueden ser controlados.

Otra de las particularidades del método cualitativo ha sido –y es- la cantidad de dedicación y tiempo empleado en la captación de informantes, la recogida y codificación de la información y su posterior análisis e interpretación. El trabajo de campo comenzó en septiembre del 2001 con la captación progresiva de mujeres informantes, la planificación de los encuentros, realización de las primeras entrevistas y seguimiento a lo largo del embarazo, parto y puerperio que finalizará en junio del 2004.

En el primer trimestre del 2002 se realizó la observación en el área de partos del hospital de la Seguridad Social de Tarragona y en junio y julio del 2002 realizamos la observación en el hospital concertado por la Seguridad Social en la asistencia a partos de seguros privados y públicos. En ambos centros, se realizó la entrevista a dos médicos/obstetras. En el tercer trimestre del mismo año llevamos a cabo la observación del curso de preparación maternal y consultas del centro privado que asiste los partos en casa en Barcelona y realizamos la entrevista a la comadrona.

A lo largo del año 2002, se sucedieron los partos del primer grupo de mujeres, finalizando a los dos meses las entrevistas y el compromiso adquirido. Quedaron tres mujeres cuyos partos tuvieron lugar a lo largo del 2003 y otras dos en el 2004. En los meses de mayo y junio del 2003 realizamos la observación en las consultas de asistencia al embarazo y puerperio y hasta julio asistimos al curso de preparación maternal de la Seguridad Social. Las consultas privadas fueron observadas desde el inicio del contacto con nuestras informantes a las que acompañamos en diversas ocasiones, práctica que realizamos en menor medida con las usuarias de la Seguridad Social. En estos espacios se realizó la entrevista a una matrona y un médico. El resto de las entrevistas a profesionales se realizaron a comienzos del 2004.

A partir de esta recogida de datos, cuyos detalles ampliamos posteriormente en el apartado de técnicas de investigación y, una vez transcritas las entrevistas, ordenamos los resultados primero, por las etapas del recorrido asistencial al que pertenecían, esto es, las correspondientes al embarazo, al parto, el puerperio y la práctica de la maternidad, tanto desde las mujeres como de los/as profesionales y dentro de ellos, disponemos las diferentes categorías de análisis como sigue a continuación.

En lo que respecta al embarazo, de cada etapa recogimos las representaciones y prácticas y nos centramos en el análisis de los discursos médicos, el cómo se llevan a cabo las actividades de atención sobre las mujeres, las representaciones que se desprenden de ambas y cómo a partir de ellas se configura una determinada manera de entender y atender el nacimiento, el cuerpo de las mujeres gestantes y sus funciones. A la par, en el proceso de relaciones que se establecen, analizamos las experiencias, opiniones, vivencias y prácticas o resistencias de las mujeres como receptoras y agentes de discursos y cuidados.

De las representaciones y prácticas sobre el parto realizamos dos lecturas, una centrada en el modelo hegemónico y la otra en los modelos paralelos a éste que nos introducen a su vez en el análisis de las resistencias. En ambos sistemas analizamos los discursos y diferentes formas de definir, significar y experimentar el riesgo y el dolor, así como las prácticas medicalizadoras y aquellas tendentes a la desmedicalización y las bases ideológicas que sustentan a ambas.

Cómo se representa la maternidad, sus ideologías y prácticas es un tema implícito a lo largo de todas las etapas. Para su análisis lo hemos estructurado en un primer acercamiento a partir de lo que las mujeres y parejas planificaban, esperaban y realizaban durante el embarazo y un segundo acercamiento ya práctico situado en el postparto/puerperio; en la práctica de la maternidad con la presencia de la criatura y contrastando las experiencias y propuestas reales con las ideologías sociales.

Para sistematizar los datos obtenidos en nuestra investigación hemos ido interrelacionando y comparando las diferentes categorías de análisis entre ellas. Hemos profundizado en los fenómenos y propiedades específicas que conforman cada categoría desde los discursos y prácticas, tanto de las mujeres como de los/as profesionales, que hemos ido amalgamando y contrastando para tener una visión

amplia, clara y veraz del proceso investigado. Comparamos estos hallazgos con las opiniones o resultados de investigaciones de otros/as autores revisados en el marco teórico, otras fuentes de información secundaria y documentos generados por las instituciones o grupos sociales, todo ello para cada categoría y relacionándolas entre sí. Puesto que partimos del itinerario asistencial de las mujeres, en el análisis construimos la trama de representaciones y atención que se van intensificando hasta llegar el nacimiento de la criatura o suceso cumbre, a partir del que se resuelve la presión y tensión asistencial para dar paso a una nueva etapa de crianza. Las categorías quedan reflejadas en la figura 1.

Unidades de análisis

ETAPAS	MATERNIDAD	ATENCIÓN AL NACIMIENTO	EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES
EMBARAZO	<ul style="list-style-type: none"> Expectativas respecto a la mater/paternidad. Posiciones y estrategias frente a la maternidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Organización y representaciones institucionales (Los protocolos). Actividades educativas. Significados del cuerpo. Pruebas diagnósticas. 	<ul style="list-style-type: none"> Autoatención. Relaciones con profesionales. Recursos asistenciales. Formas de resistencia.
PARTO	<ul style="list-style-type: none"> Significados mater/paternos. Discursos profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> Atención médica al parto. Representaciones sobre el riesgo y el dolor. Otras formas de atención e intervenciones sobre el cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> Discursos sobre el dolor y el riesgo. Vivencias del parto. Formas de resistencia.
PUERPERIO	<ul style="list-style-type: none"> La experiencia de la maternidad. Funcionamiento redes de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> Formas de autocuidado. Cuidados profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> Relaciones padre, madre, hijo/a y profesionales.

(Figura 1)

5. Técnicas de investigación

Las técnicas principales utilizadas para la recogida de la información, han sido la entrevista en profundidad y la observación participante

5.1. Entrevista en profundidad

Consideramos esta técnica la herramienta antropológica principal en nuestro trabajo enfocada a conocer las ideologías, los significados las vivencias y actividades que las mujeres embarazadas, definidas cómo asistibles, experimentan y llevan a cabo a lo largo del itinerario del embarazo, parto y puerperio. La entrevista en profundidad nos permite reconstruir la realidad social del nacimiento que, aunque situado en un marco socialmente establecido, es objeto de múltiples lecturas, reelaboraciones, definiciones y percepciones por parte de quienes se encuentran en el proceso.

Por otro lado, se han realizado entrevistas en profundidad al grupo de profesionales matronas y médicos enfocadas a conocer la ideología general y las prácticas que respaldan una determinada concepción social de representar el nacimiento y que son la base que enmarca hoy el transcurso de los itinerarios. Las entrevistas se realizaron según el método tradicional de los estudios antropológicos, esto es; fueron abiertas, dinámicas y de larga duración, con un guión establecido previamente, pero flexible y utilizado a modo de indicador que nos guiara en los imprevistos del sendero de la obtención de información de relevancia para nuestra investigación. La planificación de las entrevistas se realizó a partir de las unidades de análisis y la consideración de los objetivos e hipótesis planteadas. Se realizaron dos guías de entrevista, una dirigida a las mujeres y otra a matronas y médicos (ver anexos). Todas ellas fueron grabadas y transcritas por la investigadora. Se desarrollaron de la siguiente manera:

1) Entrevistas a las mujeres gestantes.

Inicialmente planificamos el guión de la entrevista que utilizaríamos con una doble finalidad. Por un lado como guía de investigación en la que se reflejaron todos los aspectos relativos a los discursos y prácticas que acompañan o llevan a cabo a lo largo del recorrido de la maternidad y los dos meses posteriores al nacimiento. Por otro, este guión fue entregado a todas las mujeres en el primer encuentro con el objetivo de aportar claridad gráfica a lo que se les expuso verbalmente y para reforzar la confianza inicial, ya que la investigación requirió de una media de relación informantes-investigadora de siete meses, tiempo que consideramos lo suficientemente prolongado como para plantear cambios en la aceptación del compromiso inicial. El guión de la entrevista suponía pues, el reflejo de una planificación del recorrido de los encuentros previstos.

La condición básica fue que las entrevistas se recogieran en grabación. La presencia de la pareja fue opcional, dejando el espacio abierto a su participación y como reflejo del interés. Otra de las condiciones planificadas fue el lugar donde realizar la entrevista, considerando preferentemente ideal el domicilio habitual de la pareja, situación que se ha dado en la casi totalidad. Esto es por percibir que la “casa” es el lugar protegido para la mujer, donde la investigadora es la invitada ocasional; no es su espacio, y de esta forma se espera que la mujer pueda expresarse con mayor libertad. Relacionamos esta situación con la intención de equilibrar las relaciones de poder percibido o real que se puede establecer entre la investigadora y las/os informantes. En la práctica han surgido otros lugares como: la casa de la futura abuela, madre de la mujer y espacios públicos (cafetería).

En el primer encuentro expusimos el estudio y, con su consentimiento, planificamos la primera entrevista que podía ser, bien en el mismo día o en un día próximo. Esto estuvo relacionado con la disponibilidad de las/os informantes, así como con la necesidad de dejar un espacio prudencial para la toma de decisiones y más, si la pareja no había estado presente en esta ocasión. En la primera entrevista se recogió toda la información relativa a los sucesos del embarazo hasta ese momento en base a los apartados propuestos en la guía. Se trata de hacer un recorrido general de la situación de la mujer, de sus intereses, vivencias y actividades y todos aquellos aspectos que quiera resaltar y que posiblemente definan unas características propias. La duración media real de la grabación fue de una hora. Esto ha dependido de la fluidez explicativa de las mujeres y su forma de experimentar y entender los aspectos de su gestación, encontrándonos desde mujeres y parejas donde la “normalidad” y bienestar del embarazo limitaban el discurso, a otras donde esta misma normalidad les permitía ampliar su interés hacia una rica variedad de enfoques alrededor de su estado de embarazadas/madres/padres.

Posteriormente y, alrededor de las visitas obstétricas pautadas, realizamos entrevistas sistemáticas cada mes aunque, dependiendo de la información o hallazgos médicos, se valoró adaptar esta periodicidad cuando a una mujer y pareja les surgía una fuente de inquietud por el resultado de alguna prueba u otra situación de su proceso maternal. La proporción que podemos establecer en estas situaciones es que, a mayor número de entrevistas en periodos más próximos, menor duración de éstas. La duración media de las entrevistas fue de una hora. Pero nuestro interés no se centró tanto en la duración como en la percepción, experiencia y orientación que la

mujer y pareja expresaron ante los hechos concretos en que se veían envueltos en esos momentos.

Una vez ocurrido el parto y en los dos meses posteriores, habíamos previsto realizar una primera entrevista durante la estancia de la madre en el hospital o a los pocos días del nacimiento. Después de hacer los primeros intentos desistimos, ya que entendimos que no era posible, y la entrevista planificada se convirtió en una visita de captación y observación general. Esto es porque las madres en esos días están centradas en su nueva situación y en las necesidades de sus criaturas, además de las visitas de la familia y de los/as profesionales. Pasadas alrededor de dos semanas las mujeres estuvieron más dispuestas. A partir de aquí, realizamos dos entrevistas, una enfocada a los sucesos y experiencia del nacimiento, presencia y adaptación a su bebé y una última en el segundo mes, para conocer su evolución y nuevas necesidades.

Las entrevistas totales realizadas a las mujeres han sido entre un máximo de nueve y un mínimo de cinco. Esta variación está relacionada en primer lugar, con las semanas de gestación en que establecimos el primer contacto, siendo la media de dieciocho semanas, y en segundo lugar, menos significativo, estaba relacionada con las posibles fuentes de inquietud mencionadas. Como se puede apreciar en la figura 4, la gran mayoría de ellas se realizaron entre finales del 2001 y a lo largo del 2002. Las realizadas en el 2003 y 2004, responden a la dificultad en la captación de las informantes puesto que no todas las mujeres y parejas están dispuestas a compartir.

A partir de las entrevistas formales, no hemos querido desaprovechar la información proveniente de mujeres embarazadas que no formaron parte del estudio. Hemos tenido la oportunidad de conocer, bien por expresión espontánea, bien por nuestras preguntas directas, la opinión de mujeres usuarias de servicios públicos, privados y de casa y en las distintas etapas del proceso del nacimiento. Estas aportaciones resultan muy útiles en nuestra investigación ya que, tanto pueden reforzar y enriquecer otras opiniones, como presentar otros puntos de mira que no habían surgido, y de esta manera, contribuir a establecer un mayor rigor en el control de los datos.

II)Entrevista a profesionales matronas y médicos.

Se estructuró una única guía de entrevista para todos/as los/as profesionales. En ella se reflejaron los aspectos relativos a las teorías y prácticas que se suceden durante el embarazo, la asistencia al parto y los cuidados en el puerperio con la intención de recoger de cada informante los datos que se centraran en el apartado al que correspondió su práctica profesional, e indistintamente si la asistencia estaba dentro del servicio público de salud, de mutuas, privadas o en casa. A cada informante se le ha realizado una única entrevista de una media de una hora de duración. En general se llevaron a cabo en el espacio en que el/la profesional realizaba su trabajo y a una de las matronas en su domicilio y otra en una cafetería.

Consideramos que algunos/as de los/as profesionales de la obstetricia, abarcan en su dedicación otros ámbitos de la asistencia, además de aquel al que nuestra entrevista se dirigía. Esto es, la entrevista podía centrarse en la atención al embarazo en la sanidad pública, pero este/a mismo/a profesional podía también estar dando asistencia a los embarazos y partos en mutuas, privadas o en casa. Una única entrevista abierta reflejando todos los aspectos de la investigación, facilitaba que, una vez recogida la información planificada, pudiéramos extendernos hacia otras áreas o espacios de atención que el/la informante, conocedor/a de ellos ofrecía. Esta situación nos permitió el acceso a una amplia variedad de puntos de vista y riqueza informativa.

5.2. Observación participante.

La entrevista en profundidad y la observación participante son técnicas que se complementan y refuerzan haciendo posible la consecución de datos veraces y fiables. Una observación precisa y rigurosa por ella misma, es una técnica para la obtención y formación de conceptos científicos (Arnau, 1978), pero además permitirá detectar la congruencia o discrepancia entre los discursos y las prácticas, esto es que, en la recogida de información con las técnicas de observación y entrevista, podemos captar y clarificar las diferencias entre aquello que los actores dicen, y lo que hacen realmente (Taylor y Bogdan, 1994). Tomamos la definición que estos autores proponen para la observación participante, con la intención de situar el rol de la autora en el curso de la investigación. Exponen que es: *“la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el milieu de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo”* (ibidem:32).

Consideramos que la práctica de la observación así definida es una situación ideal que en el estudio se dio en algunos contextos y circunstancias, pero no de forma sistemática. Nuestra opinión de la realidad en la técnica de observación participante está más acorde con la línea propuesta por Nancy Scheper-Hughes (1997:34-35), cuando plantea la crítica de la pretendida invisibilidad del etnógrafo como un mito o como una presencia que no deja huella. En nuestra práctica, el desplazarnos al campo del “otro” es una cuestión circunstancial y por ello se necesita de su autorización y continuos consentimientos de las usuarias que entraron en un espacio de observación. Así, la observación en salas de partos y consultas obstétricas, además de un permiso general de la institución que permitía la observación del espacio y el proceso de trabajo, la autora debía presentarse a cada usuaria como observadora, aspecto que ya la situaba fuera de la normalidad del entorno y que podía influir modificando las relaciones entre las mujeres y los/as profesionales. Pocas fueron las ocasiones que, por la dinámica del trabajo del centro, este compromiso no pudo darse.

Para minimizar esta realidad, planificamos una estancia suficientemente prolongada en la que se integrara la presencia de la investigadora que, junto con la rutina del trabajo diario, las horas requeridas en la evolución de los partos y una presencia prudente, además de la experiencia en el campo de la obstetricia de la observadora, permitiera el desarrollo natural de las actividades; objetivo que consideramos haber conseguido.

La observación realizada ha tenido lugar por un lado, en el acompañamiento del itinerario asistencial de las mujeres informantes en toda su extensión, y por otro, en la estancia con el objetivo de la observación en las consultas y áreas de partos. Su desarrollo ha sido el siguiente:

- Acompañamiento a las mujeres en las consultas de la asistencia pública, mutua, privada y de casa: comenzamos en noviembre del 2001 y a lo largo del primer semestre del 2002 se desarrollan la casi totalidad de ellas. Otras dos mujeres finalizaron su parto en mayo del 2004, causa por la que prolongamos la observación hasta este tiempo.

En el espacio de las consultas ha habido que considerar unas normas. En los servicios de la asistencia pública sólo puede entrar con la mujer una persona, lugar que ocupa casi siempre la pareja. Cuando se trata de hacer una ecografía, permiten la entrada de otro/a familiar, generalmente las abuelas. Así, la observación se

realizó en el acompañamiento a mujeres que acudían sin la pareja a la consulta y ocupando el lugar de otro familiar en las ecografías.

En las consultas de la mutua o privada y de parto en casa si se permite el acompañamiento a más personas, así, tomaba el lugar de “amiga.”, con la diferencia que, en el grupo de consultas para parto en casa las profesionales conocían mis funciones de observación.

- Acompañamiento en el proceso del inicio del parto, ingreso en el hospital y transcurso del parto. Se ha observado el proceso completo del nacimiento en trece mujeres. De las usuarias de los servicios públicos se acompañó en cinco de los partos y en dos cesáreas, esto pudo ser así porque, en una de las mujeres, la cesárea fue una decisión después del largo proceso del parto en el que las/os profesionales parece que habían asumido la presencia incondicional de la investigadora de forma que no se cuestionó su presencia durante la intervención. La segunda cesárea estaba programada en otro hospital de la provincia (Reus) y fue posible solicitar la autorización para el acompañamiento a la mujer. Consideramos estas situaciones delicadas y contradictorias, pues en las intervenciones no se permite la presencia de la pareja y la investigadora ocupó un lugar comprometido emocional y profesionalmente entre los/as expertos/as y la familia.

De las cuatro mujeres de los servicios privados o mutuas observamos tres de los nacimientos de los cuales, uno se realizó en un hospital del servicio público por decisión de la mujer y pareja. No se pudo observar el cuarto nacimiento porque la mujer eligió realizarlo en Barcelona, siendo una cesárea programada en los últimos días y, las dificultades para el trámite de observación no pudieron superarse.

Del grupo de parto en casa se observaron dos partos que tuvieron lugar en Barcelona. En otro, la mujer tuvo que trasladarse a un hospital público provincial de Tarragona, pero pudimos estar presentes en su evolución, situación que enriqueció la observación por tratarse de otro espacio y otros/as profesionales, junto a las diferentes circunstancias que lo rodearon. El último, finalizó también en el hospital con una cesárea a la que no pudimos asistir por su imprevisibilidad.

- Estancia para la observación en las consultas obstétricas de la Seguridad Social y preparación a la maternidad. Las consultas de seguimiento al embarazo y postparto se parcelaron en cuatro tiempos. a) La primera visita de las mujeres gestantes en la que las matronas recogen todos los datos y programa los controles

a los que las mujeres deberán acudir. La duración media es de tres cuartos de hora. b) Visitas sucesivas o el resto de controles del embarazo realizado por las matronas, con una duración de diez minutos. c) Acompañamiento a las visitas anteriores, como complemento y según protocolo, se establece la realización de las ecografías y las visitas se hacen paralelas. d) Controles del puerperio realizados por las matronas. La observación transcurrió en estos cuatro espacios durante dos meses y tres días por semana.

La observación de los cursos de preparación maternal, se realizó a través de dos matronas y durante tres meses a los que acudimos en calidad de observadoras.

- Observación en las consultas y preparación al parto en casa. Se llevó a cabo en un centro dedicado a tal fin en Barcelona, donde las consultas son realizadas por las matronas y la duración de dedicación a las mujeres es de una hora. Estas consultas fueron tanto dirigidas al seguimiento del embarazo como del puerperio, y siempre asistí en calidad de investigadora y profesional. Para la observación de la preparación al parto, se me adjudicó un grupo en el que permanecí a lo largo de todo el curso programado.
- Observación en las consultas privadas y mutua. Se realizó a partir del acompañamiento a las mujeres y parejas informantes en Tarragona. La duración osciló entre quince y treinta minutos. Dos de las visitas se observaron en Barcelona por ser el lugar que finalmente eligió la mujer.
- Estancia para la observación en salas de partos del servicio público de salud. Después de realizar trámites un tanto dificultosos, obtuvimos permiso para la observación en este área donde los/as profesionales nos brindaron posteriormente todas las facilidades. A cada mujer usuaria del servicio fui presentada como observadora y se le pedía su autorización para mi presencia, situación que podía requerir de la ampliación de la información si las mujeres la solicitaban. Se consiguió establecer tal normalidad que el transcurso de la jornada se convertía en rutinario y repetitivo. La observación en el hospital privado-concertado, a parte de la facilidad en la obtención del permiso, las características generales para la observación, fueron las mismas que en el hospital del servicio público.
- A la observación de los cuidados al puerperio no le definimos un tiempo parcelado, sino que se ha realizado de forma sistemática de diferentes maneras y en los dos

centros hospitalarios mencionados: a) tras los partos de las informantes, b) durante las estancias de observación en salas de partos y como prolongación de los cuidados a las mujeres y c) en situaciones en que desarrollaba al mismo tiempo otras tareas profesionales. En el control del puerperio en casa se ha observado en las horas posteriores al parto en las que la matrona permanece en la casa de la embarazada, y en dos visitas de estas profesionales a las mujeres.

La recogida de la información observada ha pasado por diferentes procesos. Siempre con la libreta cerca, hubo situaciones difíciles en las que sólo se pudo anotar detalles que recordaran la situación para ser recogida posteriormente en un lugar sin interferencias. Algunos espacios fueron especialmente susceptibles -y no por todo el personal-, de sospecha respecto a la investigadora, y la prudencia se imponía. Registraba las anotaciones en espacios no controlados o fuera de la presencia de los/as profesionales. Por el contrario, y dependiendo de la confianza establecida, la normalidad fue la de la recogida de datos que además, podían llegar a ser contrastados. Entendemos que la presencia de una persona que toma notas de lo que sucede, además de no ser agradable ni habitual, podía contribuir a que se sintieran evaluadas/os en sus actividades técnicas, así, hubo que clarificar que la perspectiva observacional se realizaba desde el punto de vista antropológico. La información recogida fue revisada y transcrita pormenorizadamente al llegar a casa y dentro de un corto periodo de tiempo para no perder ningún detalle.

Además de estos espacios y tiempos planificados como requisito de la investigación, hemos aprovechado otras oportunidades de observación que en el mismo campo se nos han presentado de manera informal en las que, su misma característica de circunstancial, eliminaba la presión de la observación sobre los/as participantes. Esto nos ha sido muy útil tanto para contrastar los datos obtenidos en la investigación formal como para la captación y/o consideración de otros aspectos que no habían surgido en esta. Con todo ello, hemos adquirido una riqueza de observación que nos ha permitido controlar con precisión los datos en los que articular las representaciones y las prácticas las teorías ideales con las situaciones reales.

Otras Fuentes

Además de la entrevista en profundidad y la observación participante como técnicas principales en la investigación, hemos utilizado otras fuentes documentales que reseñamos a continuación:

Revisión y análisis bibliográfico: Nos referimos a los trabajos relacionados con nuestro objeto de estudio, que han sido enfocados tanto para la búsqueda y contrastación de datos, como de revisión en la formación y mantenimiento de discursos hegemónicos de referencia.

Revisión de los documentos generados y utilizados en los centros de observación: Consideramos estos documentos una base de información interesante y complementaria en la investigación, pues en ellos se reflejan las representaciones teóricas en las que se basan las prácticas. Estos documentos han sido:

- *Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia* (1993), de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Este documento es la guía de referencia obligada en la práctica de los/as profesionales en la asistencia al parto normal y patológico.
- Información sobre el tratamiento del dolor en el parto del hospital público y privado.
- Memoria del año 2000 del Servei de Ginecologia i Obstetricia del Hospital Universitario Joan XXIII.
- *“Dossier d’informació sanitària per a la dona embarassada”*. Durante la realización del trabajo de campo, el equipo de asistencia en las consultas de la Seguridad Social, preparaba este borrador que planificaban entregar a las mujeres. En la misma línea hemos revisado publicaciones que actualmente se les entrega, como son: *“Consejos de tu matrona”* de la Asociación Nacional de Matronas⁶⁹ y *“Consells per a l’embarassada”* de la Generalitat de Catalunya (1990).
- Dossier informativo dirigido a las mujeres que realizan la preparación para un parto en el hospital o en casa y que proporcionan el grupo de partos observado en Barcelona. Esta información incluye diferentes artículos de la preparación, desarrollo autónomo del parto, puerperio, lactancia y cuidados al recién nacido.
- Estudio de *“Migjorn casa de naixements”*: que aporta la línea de trabajo del centro y resultados estadísticos de la asistencia al parto durante los años 2001/2003.
- Folletos informativos dirigidos a las mujeres embarazadas con un parto próximo o al puerperio y lactancia en hospitales públicos y privados.
- Artículos de prensa.

⁶⁹ Se trata de una publicación en formato de pequeño libro sin ISBN ni fecha de edición.

Métodos de recogida de datos



(Figura 2)

6. Diseño, composición y captación de la muestra

Partimos del interés en conocer las diferentes maneras de percibir y experimentar el nacimiento, por esto, no se trata tanto del área geográfica como del acercamiento al objeto de estudio. Actualmente es en los hospitales donde ocurren la mayoría de los nacimientos, pero nos consta que existe una minoría que opta por el nacimiento en Casas de Partos o en la propia casa. Además, contamos con que el seguimiento institucionalizado del embarazo puede ser acompañado de otros cuidados que ofrecen profesionales de diferentes ámbitos de la salud. Todo ello nos aporta una amplia variación y riqueza de posibilidades en las formas de entenderlo, vivirlo o practicarlo que, considerando nuestro objeto “las culturas del nacimiento”, no puede ser obviado puesto que, *“las experiencias minoritarias y/o alternativas, además de constituir una buena manera de romper con las visiones centrales y estandarizadas de la experiencia de las mujeres, puede aportarnos claves y elementos que estén intrínsecamente relacionados con los procesos de cambio”* (Esteban, 1994/96: 30). Para tener acceso a todas estas fuentes, el área geográfica en que hemos realizado la investigación ha sido:

- La ciudad de Tarragona, barrios periféricos y poblaciones próximas. En esta área tuvimos acceso a tres centros de la Seguridad Social para el seguimiento del embarazo (CAP de Tarragona, la Granja y Sant Pere de Reus) y tres hospitales en los que tuvieron lugar los partos (Tarragona, Valls y Reus). Las mujeres que utilizaron mutuas, realizaron también el seguimiento del embarazo y el parto en Tarragona. Una de ellas escogió Barcelona para el seguimiento del último mes del embarazo y el parto. Tarragona es la ciudad de referencia asistencial para la gran parte de la población, pero las mujeres pueden o no residir en la ciudad, aunque sean usuarias de estos servicios. Las/os informantes matronas y médicos de la asistencia pública y mutuas pertenecen también a esta área geográfica.
- La ciudad de Barcelona. De forma específica para el estudio de aquellas mujeres y profesionales que buscan o dan servicios paralelos-complementarios a los ofrecidos en las instituciones oficiales como es la asistencia al parto en casa. Por último, recogemos información de una mujer médico de una Casa de Partos próxima a Barcelona.

Diseño y composición de la muestra

Nuestra intención al hablar de culturas del nacimiento en plural, ha sido la de recoger y analizar un amplio abanico de orientaciones y experiencias –aunque delimitadas a nuestro contexto-, que las mujeres embarazadas y profesionales implicados/as exponen y practican, y en las que se pone de manifiesto la operatividad de la investigación cualitativa. Esta metodología nos permite conocer la diversidad y particularidad que nuestros/as actores/as manifiestan, datos que no se reflejarían con otras técnicas de investigación. Para acercarnos a este objetivo planificamos tres grupos de estudio, el primero corresponderá a las mujeres, el segundo a las matronas y un tercero a los/as obstetras.

De las mujeres.

Para la selección de las mujeres informantes consideramos como condición imprescindible que estuvieran embarazadas por primera vez y, en la medida de lo posible, en los comienzos del segundo trimestre de gestación⁷⁰. Esta condición de “embarazada” nos permitió acompañar a las mujeres a lo largo de todo el recorrido asistencial. La selección fue la siguiente:

⁷⁰ Consideramos necesario esperar al segundo trimestre ya que, durante el primero, los abortos espontáneos se dan con mayor frecuencia.

- Ocho mujeres que utilizaron los servicios de la Seguridad Social y realizaron el parto en estos hospitales.
- Cuatro mujeres con servicios de mutuas o seguros privados que tuvieron sus partos en hospitales.
- Cuatro mujeres que planificaron realizar el nacimiento en casa.

El grupo de mujeres que utiliza los hospitales en sus partos es mayor siguiendo la tendencia actual del lugar del nacimiento. Con los otros espacios donde se desarrollan los partos, pretendemos recoger la variedad de discursos y prácticas relacionados con el nacimiento extrahospitalario. El total de las mujeres de estudio es de 16 (Ver figura 4)

Variables:

Las variables de las que partimos se enfocaron en dos direcciones que especificamos como:

- *Personales:* origen, pareja fija, edad y nivel socioeconómico.
- *Del embarazo:* primíparas, condiciones de embarazo y gestación biológica.

* *Origen:* Todas las mujeres son del país, sin considerar la comunidad autónoma. Se parte del hecho de que están influidas por los mismos discursos y comparten unas ideas similares en relación al nacimiento. Los hechos históricos así como de las condiciones socioeconómicas del país, van a repercutir de manera aproximadamente homogénea en sus bases y en toda la población.

* *Pareja fija:* Consideraremos pareja fija heterosexual a aquella que la mujer define como estable, bien por matrimonio o como pareja de hecho, independientemente del tiempo de duración de la convivencia. Esta variable tiene la finalidad de eliminar las situaciones que puedan suponer inestabilidad y cambios emocionales añadidos que interfieran en la vivencia del nacimiento en sí y de la maternidad.

* *Edad:* Partimos de que las edades de las mujeres estuvieran comprendidas entre los 25/ 35 años y considerando que este margen acoge la tendencia actual de retrasar la edad en que las mujeres tienen su primer hijo/a. Las edades de nuestras informantes están reflejadas en el cuadro correspondiente (figura 4).

* *Nivel socioeconómico*: Planificamos la opción de que todas las mujeres del estudio tuvieran un nivel socioeconómico estable, o sea, que contaran con unos ingresos que les permitiese vivir sin dificultades económicas indiferentemente si trabajan o no. Esta variable está relacionada con la búsqueda en la investigación de la vivencia del embarazo y nacimiento sin preocupaciones adicionales.

De las mujeres, diez trabajan en puestos fijos y de ellas, tres en un negocio familiar. Otras cinco son contratadas temporalmente y en el momento de iniciar las entrevistas cuatro de ellas estaban en paro; a dos no se les firmó un nuevo contrato por motivo del embarazo y otras dos tuvieron contratos temporales. Una última manifiesta su voluntad de ejercer de ama de casa. Un dato que puede reflejar la estabilidad económica de estas parejas es la vivienda: una vive de alquiler, dos en viviendas de propiedad de la familia y el resto tiene vivienda propia.

Otro de los parámetros que reflejamos en este apartado, pero que no se ha considerado como variable, es el nivel de estudios de ambos miembros de la pareja y relacionado con la ocupación laboral. Este dato no guarda relación con los ingresos de la familia ya que en la actualidad, podemos encontrar puestos de trabajo de muy diferentes categorías y sueldos no proporcionales a la formación.

* *Primíparas*: El concepto hace alusión a la primera gestación. Partimos de que en el primer embarazo todo es nuevo para estas mujeres. Los múltiples cambios, sensaciones, vivencias y la atención recibida suponen una primera experiencia para ellas y sus parejas.

* *Condiciones del embarazo*: Esta variable encierra muchos de los aspectos de todas las otras variables propuestas. Nuestro estudio está dirigido a conocer las representaciones y prácticas del nacimiento en condiciones de "normalidad". Para definir esta normalidad y, puesto que la obstetricia no se aventura a nombrarla hasta

finalizado el puerperio⁷¹, partimos de que las informantes fueran mujeres sanas en las que no se pudiera prever inicialmente riesgos añadidos como diabetes, hipertensión, embarazo gemelar o infecciones importantes en las semanas de gestación en que entramos en contacto con ellas.

Así, las mujeres del estudio se seleccionaron a partir de este criterio y con vistas a recoger su experiencia sin las interferencias de la patología y para que el trabajo del parto no fuera previamente influenciado o planificado bajo el discurso del riesgo. La normalidad en el embarazo es pues, el punto del que partimos para conocer las representaciones y prácticas habituales alrededor del nacimiento. Nuestras informantes tuvieron embarazos normales y llegaron al parto definidas por los profesionales como mujeres sanas en situación de normalidad. A partir de ello, el desarrollo del parto, sea el que fuere, y sucesos del puerperio, son del interés en nuestro estudio.

* *Gestación biológica*: Esta variable es consecuencia de la propuesta anterior. El embarazo debe ser resultado de una concepción sin intervención tecnológica, gestación que se considera como “normal” y la mujer participará según este concepto, en la rutina de los cuidados planificados institucionalmente. Una situación de embarazo con intervención tecnológica, nos aportarían información que no es objeto de nuestro estudio.

En el cuadro de las informantes (figura 4), reflejamos algunas de estas variables junto con el número de entrevistas realizadas y el resultado en las prácticas del nacimiento. Consideramos que en el grupo de estas mujeres se dio una amplia variedad de elecciones y decisiones que reflejan las diversas representaciones y prácticas que podemos encontrar hoy alrededor del nacimiento y que serán ampliamente analizadas.

⁷¹ En la bibliografía consultada no se encuentra la definición de normalidad en el embarazo; es más, en los *Protocolos de Seguiment de l'Embaras a Catalunya*, guía obligada de atención, al referirse al embarazo normal lo hace “para situar el embarazo en el nivel de riesgo que le corresponde” (1998:34). Así, la normalidad no se puede definir en el 2º trimestre de gestación, sino una vez finalizada ésta. Esta mirada retrospectiva en la definición de normalidad la vemos reflejada en los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) respecto al parto normal que define como: “Proceso progresivamente acelerado (...) con una duración adecuada, un recién nacido que pesa más de 2.5000g. y presenta buena vitalidad, sin incidencias en el alumbramiento ni alteraciones del estado materno, podemos decir que estamos frente a un parto normal” (Monleón Alegre et al. (1993).

De las matronas.

Seleccionamos un número de cinco matronas como informantes por su relación con los centros o instituciones donde prestan sus servicios, que dividimos en: públicos, mutuas o privados, en casa (figura 3).

- Servicios públicos: hay que considerar que en los servicios de la Seguridad Social la asistencia a las mujeres está parcelada. Las matronas tienen asignadas áreas específicas de cuidados a la maternidad por lo que encontraremos unas dedicadas a la atención al embarazo, la educación maternal (o preparación al parto) y el cuidado a las mujeres en el puerperio, y otras dedicadas exclusivamente a la asistencia al parto. Hemos entrevistado a tres de este grupo: dos con una práctica profesional centrada en la atención al embarazo, la preparación maternal y el puerperio y una tercera en la atención al parto.
- De los servicios privados y mutuas hemos entrevistado a una que acogía la globalidad del nacimiento, desde la gestación al puerperio.
- Finalmente, entrevistamos a una comadrona que asistía partos en casa.

Variables:

Las matronas como informantes nos interesan por su cercanía y relación con las mujeres en las prácticas de atención a lo largo del embarazo, parto y puerperio y porque, al estar integradas en la institución médica, participan de sus discursos y comparten el poder. Las variables tenidas en cuenta para su selección son las siguientes:

* *Origen:* ser del país, siguiendo los mismos criterios de selección que en las mujeres embarazadas.

* *Estudios:* haber realizado los estudios en nuestro territorio, con la intención de reflejar una homogeneidad en su formación aproximada.

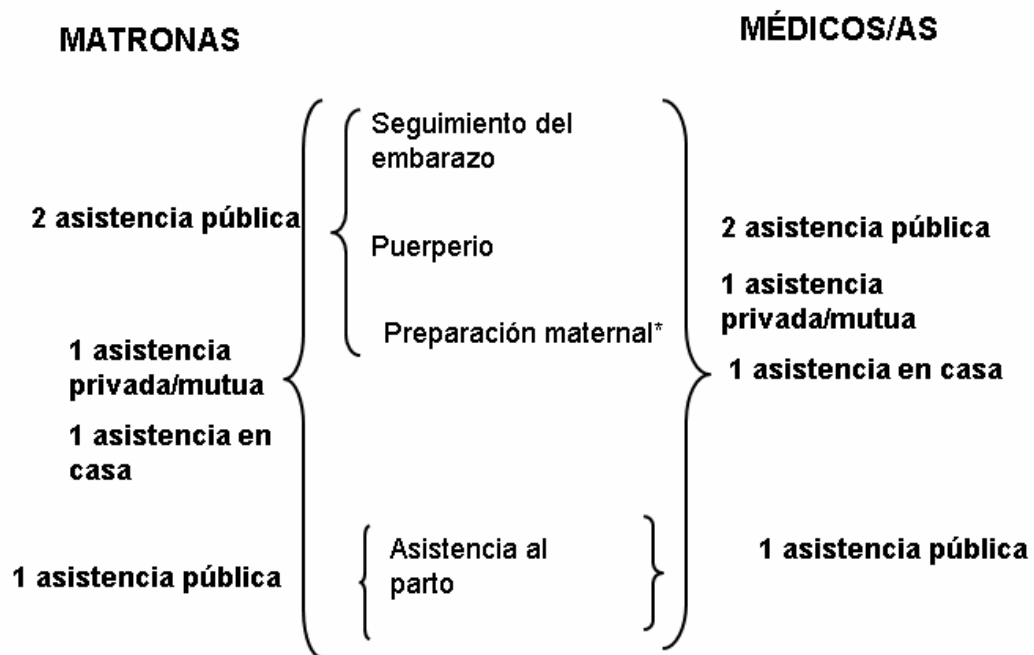
De este grupo de profesionales no hemos tenido en cuenta la variable sexo porque, aunque hay especialistas varones en esta profesión, en la actualidad en nuestro campo de estudio no hay ninguno.

De los obstetras

Disponemos del relato de cinco obstetras que fueron seleccionados según las instituciones y el área parcelada de la maternidad en la que prestan sus servicios. Se distribuyen de la siguiente manera (Figura 3):

- Servicios públicos: Dos del seguimiento al embarazo y puerperio y uno de la asistencia al parto.
- Servicios privados y mutua: recogimos un solo informante que proporciona sus servicios a todo el proceso del nacimiento.
- Servicios privados en casa: una informante seleccionada que proporciona sus servicios a lo largo del embarazo pero sobre todo en los partos.

INFORMANTES PROFESIONALES



* La preparación maternal es sólo competencia de las matronas

(Figura 3)

Variables:

La presencia de los discursos y prácticas médicas son imprescindibles en nuestro estudio. Al igual que el grupo de las matronas, no hemos considerado como variable el sexo puesto que a través de la técnica de observación, no vimos que se dieran diferencias significativas entre mujeres y hombres, en todo caso, estas correspondieron más a aspectos personales que profesionales, aún así, podía haber sido interesante. Hemos observado que los lugares más representativos siguen siendo ocupados por los hombres. Aunque hay mujeres especialistas en obstetricia, en el ámbito de nuestro estudio se dio más la presencia de residentes de diferentes cursos.

De nuestros/as informantes cuatro son hombres y una mujer que trabaja en los partos en casa. Las variables propuestas son:

* *Origen*: ser del país.

* *Estudios*: haber realizado la licenciatura y especialidad en el país, de nuevo, con la intención de tener una formación aproximadamente homogénea.

Captación de las/os informantes

Para la búsqueda de las mujeres y parejas informantes se siguieron diferentes caminos y dependiendo el servicio de la sanidad pública, privada o mutua que utilizaban y si planificaban realizar el parto en un hospital o en su casa.

Para las mujeres de la sanidad pública que realizarían su parto en el hospital, contamos con la colaboración de las matronas que prestan sus servicios en la recepción inicial a las embarazadas en el Centro de Asistencia Primaria en el Programa de “*Atenció a la Dona*”, ahora “*Programa de Asistencia a la Salut Sexual y Reproductiva*” (PASSIR). En principio se expuso a las matronas el trabajo de investigación y las variables a tener en cuenta. Estas seleccionaban a las mujeres posibles de estudio a las que, una vez informadas de la investigación y si estaban interesadas, se les entregaba una ficha brevemente explicativa preparada con esta finalidad y para que pudieran posteriormente compartirlo con la pareja si no había estado presente. En el plazo de una semana recibirían la llamada de la investigadora para concretar, en caso de decisión afirmativa, un primer encuentro.

Así, la selección final de estas informantes pasó por dos tamices; el primero el que realizaron las propias matronas en la elección de aquellas mujeres que, a partir de las variables previstas, les parecieron más indicadas. El otro desde las propias mujeres de su interés o no en la participación por motivos muy variados. Entre los motivos para la negativa destaca la falta de tiempo para las entrevistas, o el hecho de considerar la mater/paternidad una experiencia delicada e íntima que no deseaban compartir. Otras, dos mujeres “desaparecieron” del campo de observación, una después de la primera entrevista y otra después de la segunda. Siempre se dejó abierta la posibilidad a que las informantes pudieran finalizar su compromiso en el momento que lo desearan. El total de informantes conseguidas por este medio fue de cuatro (Cristina, Nuria, Dolors, Alba). Las otras cuatro informantes de este grupo (Anabel, Montse, Paula y Alicia), se encontraron a partir de la difusión de información entre personas próximas conocidas.

Resumen de las mujeres informantes

NOMBRE	EDAD	ESTUDIOS	TRABAJO	ENTREVIS. Embarazo	PARTO	ENTREVIS. Puerperio Alimet. R.N
SEG.PÚBLICO						
Cristina 1 (Pareja)	30	Licenciada	Si: negocio propio	7	Cesárea Epidural 17-IV-02	2 Fórmula
Eduard	31	Licenciado	Si: negocio propio			
Nuria 2 (casada)	27	FP	Si: restauradora	7	P. Normal No epidural 30-III-02	3 Materna
Ramón	32	EGB	Si: negocio propio			
Dolors 3 (casada)	28	FP II	No: temporal	6	P. Espátulas Epidural 23-IV-02	2 Mixta
Marcos	32	BUP	Si: conductor			
Alba 4 (casada)	29	Diplomada	Si: construcción	7	P. Espátulas Epidural 16-V-02	2 Mixta
Julio	30	FP.II	Si: construcción			
Anabel 5 (casada)	30	EGB	Si: dependienta	4	Cesárea (nalgas) 12- VII-02	2 Materna
Andreu	38	EGB	Si: imprenta			
Montse 6 (casada)	29	EGB	Si: administrativa	6	P. Fórceps Epidural 21-VII-02	3 Materna
Albert	33	EGB	Si: negocio propio			
Paula 7 (casada)	30	Diplomada	Si: enfermera	6	P. Normal Epidural 25-XI-02	2 Materna
Ton	31	FP.II	Si: mantenimiento			
Alicia 8 (Pareja)	25	EGB	No: temporal	4	P. Normal Epidural 31-III- 02	2 Mixta
Javi	30	EGB	Si: construcción			
MUTUA						
Anna 1 (casada)	30	Diplomada	No: temporal	7	P.Normal No epidural 18-III-02	2 Materna
Alvar	31	PR.II	Si: obrero fábrica			
Mónica 2 (casada)	34	FP.II	Si: negocio propio	6	Cesárea (elección) 4-IV-03	2 Fórmula
Jordi	35	EGB	Si: negocio propio			
Roser 3 (casada)	28	Diplomada	Si: secretaria	6	P. Espátulas Epidural S.S.13-VIII-03	2 Mixta
Jesús	30	Licenciado.	Si: empresa			
Laura 4 (pareja)	35	Licenciada	Si: profesora	7	P. Fórceps Epidural 13-IV-04	2 Mixta
Josep	42	Diplomado	Si: negocio propio			
CASA						
Clara 1 (pareja)	32	Licenciada	No: arte dramático	4	P. Normal No epidural 26-IV-02	2 Materna
Alex	30	Licenciado	Si: actor dramático			
María 2 (pareja)	25	Licenciada	Si: bibliotecaria	3	P. Normal No epidural 21.VI-02	2 Materna
Carles	37	Licenciado	Si: profesional libre			
Marina 3 (pareja)	34	Diplomada	Si: temporal	6	Cesárea No epidural S.S. 2.IX-02	3 Materna
Pere	28	Pr.II	Si: administrativo			
Àngels 4 (casada)	28	Diplomada	No	4	P. Normal No epidural S.S. 6-II-02	1 Materna
Joan	30	EGB	Si: negocio propio			

Fuente: Trabajo de campo del 2002 al 2004

(Figura: 4)

Para la búsqueda de mujeres que utilizaran los servicios de mutuas o privados recurrimos a una consulta médica, en la que se autoseleccionó una informante: (Mónica). Las otras tres se unieron al estudio a partir de la propia red personal de la investigadora. (Anna, Roser y Laura). Finalmente las mujeres de la muestra que planificaron su parto en el domicilio fueron seleccionadas a partir de la colaboración de otras matronas y de la implicación de la investigadora en este ámbito. Dos de ellas (Marina y Angels) pertenecen a la provincia de Tarragona (Reus y Tortosa) y las otras dos (María y Clara) a la ciudad de Barcelona. La intención de esta ampliación del espacio está enfocada en el celo de la obtención de datos objetivos en la observación.

Las informantes matronas se seleccionaron considerando el tipo de servicio utilizado por las embarazadas: una corresponde a la asistencia al parto hospitalario en la Seguridad Social y otras dos a la asistencia al embarazo, preparación maternal y puerperio del PASSIR y a petición de la investigadora. También entrevistamos a una matrona de la asistencia privada con funciones de preparación y asistencia al parto y finalmente, a una comadrona de asistencia al parto en el domicilio y considerando que esta profesional acoge tanto el seguimiento al embarazo como la preparación, el parto y el postparto. Todas ellas son mujeres por no encontrarse en la zona ningún hombre matrón.

Para la selección de los/as médicos/as se siguió la dinámica del tipo de servicio prestado a las mujeres y su pertenencia a los centros. De la asistencia pública: un médico de la atención al parto en hospital se ofreció voluntariamente y otros dos del seguimiento del embarazo y puerperio del PASSIR a petición de la investigadora. Estos dos últimos fueron seleccionados porque además, prestan atención en servicios privados de mutuas y tanto en la atención del embarazo como del parto. De la asistencia mutua/privada seleccionamos un médico que acoge el seguimiento del embarazo y atención al parto. Finalmente y como para asistir partos en casa no hay médicos/as en nuestro territorio que se ciñan a las variables del estudio, tuvimos que ampliar nuestro radio de acción y buscar una médica que trabaja en una casa de partos cerca de Barcelona (Figura 3).

Además de los/as informantes “formales”, como también hicimos en la observación participante, no hemos desaprovechado la oportunidad de entrevistar o

recoger los relatos que, en situaciones específicas, nos aportaron otros/as profesionales y mujeres que por sus experiencias o formas de ver la realidad, nos podían aportar información complementaria o puntos de vista con la que ofrecer una visión más amplia y rica a nuestra investigación.

7. Descripción de la muestra

Para mantener la confidencialidad de las personas y los datos aportados, todos los nombres de referencia son supuestos. De los/as profesionales omitimos datos personales para evitar ser identificados por otros/as colegas y más teniendo en cuenta el reducido ámbito geográfico en que nos movemos. De las mujeres informantes aportamos algunas características muy generales aunque con ánimo de hacerlas más cercanas al/a lector/a.

Las mujeres que utilizan la sanidad pública son:

Cristina: tiene 30 años, es licenciada en sociología y vive con su pareja en un piso propio en un barrio cercano a Tarragona que no es propiamente un barrio obrero aunque aquí la vivienda es más barata que en la ciudad. Trabaja de administrativa en la empresa familiar de su pareja cosa que le ha facilitado contar con el tiempo necesario sobre todo en los primeros meses ante la amenaza de aborto y las molestias por las que tuvo que estar en reposo.

Nuria: tiene 27 años y está casada. Su marido es autónomo y viven en un piso propio en el mismo barrio que Cristina. Estudió restauración y trabaja en una pequeña empresa en Tarragona. Las familias de ambos viven cerca y Nuria se siente muy acompañada por su madre a la que ve asiduamente y que es el referente ante las dudas que le surgen en el embarazo.

Dolors: tiene 28 años, vive con su marido en Tarragona. Compraron el piso y se casaron. Estudió administración y trabajaba con contrato temporal que no le renovaron cuando se quedó embarazada; además, tuvo que reducir progresivamente el ejercicio al que estaba acostumbrada con lo que ahora, expresa que pasa mucho tiempo en casa y se aburre. Puesto que su marido trabaja todo el día, la alternativa es ir a visitar a la familia pero sobre todo, se encuentra con una amiga que también está embarazada y siente que entre ellas comparten mejor las nuevas situaciones.

Alba: tiene 29 años, está casada y vive en otro barrio próximo a Tarragona temporalmente mientras esperan que les den la casa que han comprado. Es aparejadora y se siente muy reconocida en su trabajo en el que pasa muchas horas; estuvo trabajando hasta el último día de su embarazo aún en contra de la opinión de su pareja. Ella se define muy responsable y, puesto que realizó un gran esfuerzo para sacar sus estudios, ahora los quiere disfrutar. Los dos miembros de la pareja se sienten muy arropados por sus familias que, excepto la madre de ella, viven fuera de Catalunya.

Anabel: tiene 30 años, vive con su pareja en Reus, población a 20 kilómetros de Tarragona y allí realiza los controles del embarazo y el nacimiento. Estudió EGB y trabaja en una tienda de dependienta. Afirma que le gusta salir y hacer excursiones y le preocupa si podrá seguir haciéndolo con la criatura.

Montse. Tiene 29 años está casada. No terminó la EGB y trabaja en el negocio familiar como secretaria. Vive en un pueblo cerca de Tarragona, allí la matrona controla su embarazo, pero debe acudir al hospital a 10 kilómetros para completar las consultas y realizar el parto. Dice que el embarazo la ha influido en ser más despistada y en los últimos meses redujo su jornada laboral porque se sentía cansada.

Paula: tiene 30 años, está casada y vive en Tarragona. Es enfermera y trabaja en un hospital público. Ambos miembros de la pareja tienen una gran afición a los deportes de montaña y Paula dedicaba su tiempo libre a estas actividades pero ahora las ha tenido que reducir muy a pesar suyo. En el trabajo dice que no se puede parar le preocupa ser una carga para las compañeras, aunque se siente muy protegida por ellas.

Alicia: tiene 25 años, no terminó la EGB y vive en pareja en un piso recién comprado en un barrio “obrero” próximo a Tarragona. Ahora no trabaja como consecuencia del embarazo. Generalmente realiza trabajos temporales sin importarle afirma, el esfuerzo, pero sí ganar dinero. Se define inquieta y desea comenzar a trabajar en cuanto pueda, “en lo que sea”. Lo que más le molesta del embarazo es lo gorda que ella se ve. Siempre ha hecho régimen y ahora dice no gustarse nada. La familia de ambos vive en el mismo barrio por lo que se encuentra muy apoyada por su madre, aunque ella no quiere darle más trabajo.

Las mujeres que utilizan los servicios de mutuas son:

Anna: tiene 30 años. Está casada y vive en un pueblo turístico de la costa en un piso de los padres de él. Es maestra y tiene trabajos temporales, -durante el embarazo estuvo contratada algunos meses-. Ambos miembros de la pareja pertenecen a un grupo de teatro al que dedican su tiempo libre, además de ir al gimnasio, sustituido ahora por el yoga. Para el seguimiento del embarazo acude a su ginecólogo habitual en Tarragona, y el parto se realizará en una clínica privada de esta ciudad. Los padres de ella viven en una masía próxima y los de él, en el mismo bloque que Anna y su pareja.

Mónica: tiene 34 años, está casada y viven en una amplia casa en un pueblo pequeño próximo a Tarragona. Estudió FP y afirma que sus padres le dieron todas las facilidades para que fuera a la universidad, pero ella no quiso. Trabaja en la empresa familiar en un cargo de responsabilidad. Su tiempo libre lo dedica a las amistades aunque dice que le gusta estar sola y se queja de que no comparte las mismas aficiones con su pareja. Controla su embarazo en Tarragona pero tendrá el parto en una clínica privada de Barcelona, como también hicieron sus hermanas.

Roser: tiene 28 años, casada, vive en casa propia en un pueblo costero y turístico a 15 kilómetros de Tarragona. Diplomada en periodismo, trabaja en una empresa privada, aunque esta ocupación no se relaciona con su formación. Su familia, vive en Tarragona que se encuentra a medio camino de su casa y el trabajo, con lo que pasa muchas horas con su madre que se preocupa por su alimentación. Aunque los controles del embarazo los realiza en la mutua, ha decidido hacer su parto en un hospital público de la ciudad.

Laura: tiene 35 años y vive en pareja en un piso propio de Tarragona. Es licenciada en matemáticas y muy aficionada, al igual que su compañero, al ejercicio físico que no abandona durante el embarazo. Trabaja en la enseñanza pública en un pueblo a 30 kilómetros. Ambos miembros de la pareja se definen como independientes respecto a la familia. La madre de Laura murió y mantiene alguna relación con su padre porque vive lejos.

Las mujeres de parto en casa son:

Clara, tiene 32 años y vive en pareja en Barcelona en un piso propio. Es licenciada y trabajó en arte dramático, pero con el embarazo no le han renovado el

contrato. Su compañero comparte la misma profesión y pasa temporadas fuera de casa. Su familia, vive en el mismo bloque, situación que Clara pone interés en controlar poniendo límites y claridad sobre todo, a las relaciones con su madre. Opina que, el embarazo ha sido una buena oportunidad para ello. Utiliza los servicios de la Seguridad Social y acude al grupo de preparación para el parto en casa.

María: tiene 25 años y vive en pareja en Barcelona. Aunque es licenciada y ha realizado varios trabajos en precario los fue reduciendo según las necesidades que le presentaba el embarazo. Dice que no se había planteado vivir en pareja, pero ha decidido probar, de momento. Tanto ella como él, mantienen poco contacto con ambas familias porque opinan, tienden a imponerse, cosa que según María que no les deja crecer. Controla su embarazo en la Seguridad Social y acude al mismo grupo de parto en cada que Clara.

Marina: tiene 34 años y vive con su pareja en Reus en su propio piso. Es licenciada, y realiza trabajos temporales. Ahora en Barcelona estudia acupuntura. Su casa siempre está abierta a los/as amigos con los/as que mantiene una relación casi familiar, y es habitual encontrarles allí. Las familias de ambos viven cerca, pero no quieren su implicación en el nacimiento en casa con lo que no les han informado. Realiza el seguimiento en la Seguridad Social.

Angels: tiene 28 años y está casada. Vive a unos 90 kilómetros de Tarragona en la casa de campo de sus padres. Hizo una diplomatura “por hacer algo”, pero no trabaja fuera de casa, pues dice que lo suyo es el matrimonio y la familia a quien quiere dedicar todo su tiempo. Ayuda a su marido en el campo, más bien dice, “*le acompaña*”. Le gustan las reuniones familiares, escuchar a los mayores, la naturaleza y el campo. Se encuentran muy unidos a sus familias que viven cerca de la pareja. Tanto ella como Marina buscaron información para realizar el parto en casa en Tarragona.

De las comadronas

Mt.1: realiza su trabajo en el seguimiento al embarazo y la preparación a la maternidad en un centro público de Tarragona. Además de este ámbito, ejerció en la asistencia al parto hospitalario en mutuas en años anteriores.

Mt.2: trabaja en un centro público en un barrio de Tarragona en el que realiza tareas de seguimiento al embarazo, preparación a la maternidad y atención al puerperio. Sus funciones habituales han sido mayoritariamente en este ámbito.

Mt.3: siempre ha desarrollado su trabajo en la asistencia a los partos y la preparación a la maternidad en una clínica privada/mutua. Es una mujer que tiene aproximadamente 36 años.

Mt.4: desde que hizo la especialidad, siempre ha trabajado en la asistencia a los partos hospitalarios. Desarrolla sus funciones en un hospital público de Tarragona.

Mt.5: vive y trabaja en Barcelona. Se dedica a la asistencia al parto en casa desde hace 12 años, compaginándolo con contratos en la asistencia pública hospitalaria y ambulatoria.

De los/as obstetras

Dr.1: realiza las funciones de obstetra especialista en ecografías en un centro público. También nos informa sobre su trabajo en el seguimiento al embarazo y asistencia al parto en los hospitales privados.

Dr.2: sus funciones sobre el seguimiento del embarazo se extienden tanto en la asistencia pública como en la privada con lo que proporciona información de ambos ámbitos así como sobre su experiencia en la asistencia a los partos en las mutuas.

Dr.3: médico de la asistencia pública a los partos hospitalarios, espacio en el que siempre ha desarrollado su profesión.

Dr.4: médico de la asistencia privada en el seguimiento al embarazo y la atención al parto hospitalario que compagina con un cargo de responsabilidad en el servicio de obstetricia de una institución pública.

Dr.5: médica de parto en casa. Desde hace cinco años ha puesto en marcha un centro o “Casa de Partos” cerca de Barcelona. Su dedicación profesional desde hace dos décadas ha estado siempre vinculada en este ámbito.

TERCERA PARTE

CONSTRUYENDO EL NACIMIENTO

Comenzamos el análisis considerando que el nacimiento, al igual que otros hechos biológicos, necesita ser socialmente construido, esto es, ser dotado de sentido, forma y significación. En esta construcción se integran valores, ideas, normas, creencias, imágenes etc, que son compartidas por la gran totalidad del grupo social en un determinado tiempo y contexto. Las representaciones y prácticas referentes al nacimiento no son estáticas, y evolucionan respondiendo a factores políticos, económicos y cambios de valores que se dan en la sociedad. A lo largo de los capítulos de esta tercera parte, revisamos y analizamos los materiales con que en nuestro contexto está construido el nacimiento.

1. La gestación: Planificación y atención

Las mujeres y parejas al planificar su maternidad/paternidad activan, renuevan y actualizan toda la amalgama ideológica que lo envuelve, con la que conforman una determinada estructura de lo que para ellos/as es, y además proyectan que sea, el nacimiento.

En la actualidad y, a partir de un grupo de representaciones, podemos definir el eje central de lo que socialmente se acepta como nacimiento, pero se da la posibilidad de tener en cuenta y recoger aquellas otras representaciones con las que dar un carácter más personal e individualizado de lo que cada mujer y pareja entiende es este proceso. Si consideramos además que las representaciones son contestadas por prácticas que las justifican, refuerzan y hasta materializan, nos encontramos ante una amplia variedad de piezas diferentes, desiguales pero complementarias con las que finalmente, construiremos el puzzle del nacimiento en el contexto de Tarragona.

Según nuestro enfoque metodológico, el nacimiento lleva a la maternidad⁷² o es consecuencia del deseo de ésta. Mujeres y hombres pueden planificar el nacimiento de un/a hijo/a proyectando a lo largo del embarazo imágenes y supuestos

⁷² Clarificamos esto considerando que todas las mujeres del estudio y a partir de la maternidad biológica, ejercieron junto con sus parejas la maternidad social.

a la vez que preparan su rol –socialmente establecido- para el ejercicio del cuidado a la criatura. Es por esto que comenzamos nuestro análisis revisando este deseo y planificación que lleva a la mater/paternidad.

A partir de las representaciones, se pone en marcha todo un dispositivo de atención. Para situar el embarazo como inicio del proceso del nacimiento y maternidad, analizamos a continuación las teorías en las que se asienta y la organización de la asistencia profesional. En esta tarea contamos con los discursos profesionales, sus prácticas, normas e interpretaciones. Puesto que son los servicios de la asistencia pública los más utilizados por las mujeres de nuestro estudio, traemos en primer lugar el análisis de la observación realizada en el trabajo de campo del Centro Los Álamos y posteriormente recogemos algunos paralelismos que se dan en la asistencia en las mutuas y privadas.

1.1. “Ahora ya te toca”. La llegada del embarazo

¿Qué llevó a las mujeres y parejas a optar por la maternidad? De las dieciséis mujeres del estudio trece eligieron quedarse embarazadas y entre ellas se dan algunas similitudes. Por ejemplo, las tres que se encuentran en el grupo de los 34-35 años consideraron la edad: *“Si no fuera por mi edad, hubiera esperado más”* (Marina), porque:

“Digamos que me encuentro en una edad límite ¿no? de decir: o ahora, o lo dejo. Entonces pensar lo dejo... me parecía muy bestia. Decir ¡no voy a tener un hijo! Eso me parecía muy duro. Ante la duda de no tener ninguno a tenerlo ahora, pues lo tengo ahora. Entonces pues lo pruebo, me lanzo y ya está” (Laura)

Lo que se considera edad adecuada para la primera gestación ha cambiado con el tiempo. Hasta hace unas décadas, las mujeres con 30 años eran definidas desde la obstetricia como *“primíparas añosas”* y se suponía que en sus partos se podían generar fácilmente complicaciones. Hoy la edad máxima “prudente” para este primer embarazo se ha situado en los 35 años pero en contrapartida puede haber más dificultades para la concepción. Algunas mujeres manifestaron su miedo ante una edad que se puede ampliar involuntariamente, aunque no es una regla sin excepciones como explica Laura que decidió embarazarse a los 35 años: *“Hablamos con el médico y nos dijo que me lo tome con calma, que no me agobie... que piense en un año vista ¿no? Entonces me quedé al mes siguiente”*. Es una realidad demostrada que, en general, a mayor edad el cuerpo está menos preparado para la fecundación,

pero esto no parece tener mayor interés puesto que cuenta con el apoyo de la tecnología reproductiva cuya “necesidad”, parece imponerse aún en mujeres más jóvenes. Por ejemplo Roser con 28 años estuvo preocupada porque tardó en concebir unos meses y Dolors lo relata asombrada:

“Nos casábamos en septiembre y bueno, digo: empezamos en el mes de julio y como a todo el mundo le cuesta... no nos vamos a quedar a la primera ¡A la primera de cambio! ¡El 12 de agosto nos enterábamos que estábamos... que estaba embarazada!” (Dolors).

Retrasar la edad de la maternidad puede ser una estrategia elegida por algunas mujeres y parejas como apunta Díez (2000), pero también es una necesidad - obligación- por las condiciones económicas que se plantean en la sociedad actual. El requerimiento de una mayor formación, las necesidades creadas con las que ya nacen las criaturas, las dificultades para conseguir trabajo, su precariedad, las políticas de despido y las bajas o nulas ayudas familiares, ponen a los/as jóvenes en una situación de inseguridad y dependencia que frena los proyectos de pareja y la elección “libre”⁷³ de la maternidad. Consideramos que se establece una contradicción entre la necesidad de retrasar el embarazo por los condicionantes sociales, y la posterior presión de los discursos hegemónicos que fomentan el deseo de maternidad y que plantea –en muchas situaciones- la necesidad de la intervención técnica de los/as expertos/as para que se haga posible. Nos encontramos ante un problema ya expuesto en otros ámbitos por autores/as como Kleinman y Kleinman, (2000). Se medicaliza y se da un carácter individual a una situación que responde a un problema social. El desarrollo de la tecnología reproductiva permite el retraso en la edad de la concepción, pero también la fomenta y evoluciona gracias a él, y es que, como apunta Díez, *“la posibilidad de la maternidad debe situarse en el entramado social tejido por los discursos dominantes, los sistemas de valores y las situaciones concretas que viven las mujeres”* (2000:174) y sus parejas.

Los hombres desarrollan diferentes roles en la toma de esta decisión y son tan variados como parejas hay. Así Laura, que se considera una mujer autónoma que hasta entonces no había pensado en la maternidad, afirma que se sintió muy apoyada por él y que fue por esta seguridad por la que se animó a tener un hijo: *“Decidimos que era el momento”*, lo cual en otras condiciones no hubiera hecho. Marina, teniendo una pareja más joven, necesitó que él se reafirmara. Pere, pareja de Marina, explica:

⁷³ Con el entrecomillado queremos enfatizar la relatividad de este concepto en cualquier tiempo y contexto.

“Cuando dijimos de ir a buscar una criatura ella dijo: ¿No te estás atando mucho? ¿Ya has disfrutado de todo lo que tenías que disfrutar como para ligarte a una criatura? Yo decía: yo sí”. El deseo compartido y consensuado de ambos miembros de la pareja es la tónica general en nuestro estudio, aunque se dan situaciones como la de Mónica que presentó su proyecto como un deseo individual que su pareja no compartía, pero que finalmente consintió, o como la de la mujer se ve inducida por el deseo de paternidad⁷⁴.

En la planificación del embarazo en general, como también aporta Díez (2000:163), se destaca la valoración de la estabilidad afectiva y económica⁷⁵ que se considera como una base para afrontarla y que Julio –pareja de Alba- expresa con una metáfora: *“Estabilidad, estabilidad... es que una casa ha de tener unos buenos cimientos, cuando esos cimientos están... tú ya puedes edificar”*, cómo también piensan Ton y Paula que se casaron hace unos años:

“Ton: Es hacer algo juntos, compartir tus cosas con alguien...”

Paula: Estás con una persona que quieres, pues no sé, tener algo en común, de los dos, de compartir la vida con ese otro ser que llevas dentro”.

El matrimonio no fue un condicionante en el deseo de maternidad –en nuestro estudio diez de las mujeres están casadas y seis viven en pareja- pero sí hemos observado que se da mayor presión social para que se produzca el embarazo cuando hay matrimonio, y se tiene más en cuenta el tiempo que hace desde que la pareja formalizó su compromiso. A mayor tiempo, más fuerte se hace la presión tanto explícitamente *“siempre que nos reuníamos aparecía el tema ¿Y vosotros qué? ¿Cuándo os decidís?”* (Anna), como de una manera implícita e interiorizada consecuencia de la socialización, como podemos ver en los razonamientos de Ton:

“Ya llevamos una temporada juntos, los amigos, las parejas que ves... también tienen niños y el ambiente influye un poco. No es que digas que te quedas atrás, pero bueno... Los compañeros de trabajo... mi hermano, tu hermana... no es que hayan influenciado pero el entorno de alguna manera también te va... mentalizando”

⁷⁴ Una informante casual explicó que, frente al deseo de paternidad de su pareja habían llegado a un acuerdo: *“Yo te fabrico el niño y tú lo cuidas”.*

⁷⁵ Recuérdese que nuestro estudio ya se parte de la convivencia en pareja y la estabilidad económica.

A algunas sus madres les aconsejaron retrasar el embarazo con el discurso de *“aprovechar ahora o disfrutar (...) aguanta lo que puedas ¡qué luego ya es para siempre! Pasáoslo bien, ir de vacaciones...”* (Roser). La representación de que una criatura *“te cambia toda la vida”* (Paula), lo expresan regularmente las mujeres del estudio. Es un cambio de rol y de estatus social que es vivido con un sentimiento de pérdida según se capta en algunos relatos: *“Ya no serás más la niña o la chica aquella, ahora serás una madre”* (Montse).

Las parejas calculan la repercusión que la mater/paternidad tendrá en sus vidas relacionado con la dedicación que hoy se espera proporcionar a la criatura. Pero llega un momento, afirman, que *“ya te toca”* (Cristina). Mónica con 34 años siente que es su tiempo diciendo: *“Mi madre lo ha hecho por nosotras; pues ahora me toca a mí”*; y Marina: *“tener hijos aumenta la familia... puede venir un poco por tradición familiar que supongo es... ahora ya te toca”*. El embarazo para algunas, aún con la posibilidad de elección actual, parece ineludible: *“Una asignatura pendiente”* dice Paula y Mónica opinó que *“toda mujer sabe que tarde o temprano le va a llegar ese momento”* como también asiente Cristina categóricamente:

“Te llega por narices, porque sabes que te lo vas a encontrar y lo tienes que asimilar porque es así (...) Sabes que llega un día y ya está, que por mucho que digas no, no, va a llegar. Y por otra parte dices: ¡ya era hora! Porque ser madre con tanta diferencia de edad de tu hija... ¡no vas a ser madre a los 40!”

Estas afirmaciones reflejan las contradicciones y complejidad de las sensaciones y emociones a las que se refiere Díez (2000:173), aunque con otros ejemplos. Se pospone o no se desea el embarazo controlando la fecundidad, pero se acepta y espera que un día suceda como consecuencia generalmente del deseo, pero también parece dejarse abierta una puerta a la casualidad. En la posibilidad de ser madre aparecen temores cuando se analiza a través de un razonamiento desde el que se capta la magnitud de su implicación, pero a la vez se da un deseo emocional que aparece contenido por el razonamiento. Además, en las expresiones de estas mujeres parece ensalzarse de alguna manera esa capacidad biológica “natural” que tiende a la fecundación, olvidando sus anteriores discursos del miedo ante la posibilidad de encontrar dificultades de fertilidad. Vemos que, como apunta Díez, difícilmente

“podemos encontrar un porqué a todas y cada una de las decisiones que toman las personas, dado que, por el momento, las ciencias sociales han profundizado poco en el tema de las emociones y los sentimientos” (2000:173).

En este ámbito de la complejidad incluimos las tres mujeres del estudio que no planificaron el embarazo. Una de ellas tiene 32 años y dos 25, edad que pensaban retrasar pero que, ocurrido el embarazo y considerando su implicación, decidieron continuar, aunque una de ellas nos ha relatado su dificultad en la aceptación y el rechazo inicial que sentía por la gestación. En la posibilidad de darse un embarazo no planificado en nuestro estudio, aparte de la edad de las dos mujeres mencionadas, no hay otros factores relacionados. Las tres mujeres tenían contrato de trabajo en el inicio del embarazo, dos son licenciadas, una casada, otra había comenzado su relación de pareja y otra tenía pareja estable y dos de estas mujeres realizaron el parto en casa. (Ver figura 4).

Las contradicciones o dificultades para hacer un razonamiento que se considere socialmente lógico, tanto sobre el deseo, como sobre el permiso para que la gestación tenga lugar, puede ser un conflicto a resolver en muchas ocasiones para las propias mujeres y parejas⁷⁶. El único condicionante previsto por estar promovido socialmente, es el retraso en la edad para el primer hijo, pero siempre dentro de unos límites.

1.2. Control institucional del embarazo: representaciones, prácticas y organización

La atención al embarazo, tanto en general como en el contexto de nuestra investigación, se ha convertido en una práctica clave para incidir en la mejora de salud de la población. Durante el tiempo que las mujeres permanecen embarazadas recibirán cuidados de expertos/as por la situación de riesgo que se supone puede provocar el propio cuerpo, fallos -apunta Emily Martin (1989)- que explican el porqué del control al que deben ser sometidas. El embarazo transcurrirá como un itinerario de atención ritualizado que envuelve, ordena y dirige los pasos de las gestantes hacia el nacimiento de sus hijos/as. El control médico cuida de la salud de las mujeres como precedente para mantener el bienestar y salud del producto de la gestación. Es una medida política de protección a las criaturas por nacer, puesto que son consideradas

⁷⁶ Lourdes Albi (2006) nos aporta una autoreflexión de este conflicto poniendo en juego cuando se da el deseo y/o resistencia de cualquiera de los miembros de la pareja.

bienes sociales necesarios. El proceso del embarazo está totalmente medicalizado y se espera que las mujeres cumplan con las normas y pautas culturalmente establecidas que activarán tanto individualmente como desde el propio grupo social.

Las intervenciones médicas que progresivamente se han ido introduciendo en la atención al embarazo en Catalunya, como apuntamos más arriba, forman parte del PASSIR, y se justifican científicamente (Cunninghan, 1998:1) como las acciones imprescindibles en la reducción del riesgo de mortalidad materna e infantil del último medio siglo. Este discurso refleja la característica de un MMH que olvida las aportaciones que otros factores sociales, políticos, de valores y económicos⁷⁷ han tenido en la consecución de estos resultados. Así, cuidar el embarazo será cumplir con los preceptos médicos. Por otro lado, desde nuestro análisis, y coincidiendo con distintos/as autores/as⁷⁸, planteamos que, el interés que desde el sistema médico se presenta hacia los aspectos de salud en el embarazo, está acompañado de una manera explícita y no despreciable de discursos y actividades de control normativo y moral de las mujeres. El dilatado tiempo que deben permanecer en contacto con estos/as profesionales lo convierten en un espacio privilegiado para las prácticas de adoctrinamiento y vigilancia sobre aquello que las mujeres deben hacer y pensar, siempre argumentado con el interés por el bienestar de las criaturas gestadas (Martínez de la Riba y Cabero, 1996: 65).

El seguimiento institucionalizado del embarazo ha adquirido tal protagonismo, que las mujeres tienen poco control sobre sus cuerpos. En las relaciones que se establecen con los/as profesionales se van reafirmando el poder y hegemonía del sistema médico en el dictamen de “cómo deben ser las cosas”, erigiéndose cómo los/as únicos/as en posesión de la verdad frente a otros sistemas médicos de atención, característica que ya vimos en el marco teórico, es tradicional en el sistema. Esta perspectiva repercutirá en las mujeres que, como veremos más adelante, son progresivamente expropiadas de su saber y su palabra, quedándoles como única posibilidad el acatamiento de las normas dictadas desde la institución médica.

⁷⁷ Este tema ha sido estudiado por Bernabeu Mestre (1991) y Robles González, Bernabeu Mestre y Benavides (1996) sobre la transición demográfica que revisamos más arriba, demostrando que, entre otros, la alimentación, las mejoras económicas y el mayor nivel de instrucción de las mujeres incidieron en la reducción de la mortalidad materna, pero sobre todo infantil.

⁷⁸ Son muchos los/as autores/as que han trabajado el tema del poder y las prácticas de control del MMH. A lo largo del análisis recogemos las teorías de algunos/as de ellos/as.

Comenzamos el análisis de la atención médica institucional al embarazo revisando la ideología, prácticas y organización con el objetivo de construir el marco de referencia en el que se incluirán además, los dos capítulos posteriores y por ser la guía en la que se enmarca la actividad profesional y los encuentros con las mujeres y parejas. En primer lugar, recogemos las opiniones que los/as profesionales plantean sobre el protocolo, sus funciones y las implicaciones que tiene para las mujeres. Seguidamente, traemos el análisis de la organización de la atención viendo cómo el género tiene un protagonismo relevante. Finalmente revisamos las prácticas y organización en la asistencia privada y mutuas.

1.2.1. El protocolo. Normas y funciones

El equipo de salud de Los Álamos de Tarragona organiza sus tareas de atención con un orden previsto y, según el tiempo de gestación, las mujeres serán objeto de diferentes prácticas protocolarizadas y sistemáticas que los/as profesionales deben realizar. *“Lo dice el protocolo”* justifica todas las acciones sin necesidad de buscar otras explicaciones y cumplir lo dictado es una recomendación que en la práctica se convierte y se vive como obligación: *“Lo que está protocolarizado... malo es hacerlo de menos porque si está protocolarizado... Lo normal es hacer más cosas de las que te toca”* (Dr.1). *“Son una guía”*, asegura el mismo médico, pero no se puede dejar de cumplir. En todo caso, se amplían algunas prácticas como sucede por ejemplo, en el número de ecografías que se realiza en la asistencia privada.

Protocolarizar la atención, apunta María Fuentes (2001), es dar tratamientos uniformes presuponiendo *“que todos los seres humanos somos iguales”* y desde donde *“el principio de individualidad desaparece”* (Ibídem:61). Pero cumplir el protocolo es una obligación aunque los/as propios/as profesionales no vean su lógica:

“Como ejemplo, pedirle a una mujer el Test de O’Sullivan⁷⁹ en el tercer trimestre cuando el primero ha salido negativo y el segundo ha salido negativo, aunque el protocolo dice que está indicado en caso de... de obesidad o mayores de 35 años o antecedentes. Pues si en el primero y segundo han salido negativos ¿por qué tenemos que hacerlo en el tercero? Esto lo hacemos porque lo manda el protocolo. Es una decisión de la Generalitat. ¿Tú crees? Con una mujer por estar un poco gordita ¿eh?... lo hacemos ¡claro que lo hacemos!” (Mt.2).

⁷⁹ Prueba para diagnosticar la diabetes en el embarazo.

Es una medida de protección profesional porque *“te puedes pillar los dedos si controlas una embarazada dentro de Catalunya y no sigues el protocolo, aunque sea en tu casa”* (Dr.1). La información de los avances y logros de la medicina son presentados al resto de la sociedad, tanto por los propios médicos como a través de los medios de comunicación, como un campo de intervención en el que no hay fisuras, el único con saberes y técnicas que garantizan exitosamente en mantenimiento de la salud. La creencia en el poder de la institución médica para la prevención y curación es mantenida en diferentes grados por la casi totalidad de la población. Esta propiedad característica de la relación entre el sistema médico y el resto del sistema social tiene unos beneficios indudables para ambos⁸⁰, pero el efecto boomerang se desata cuando los resultados no coinciden con las expectativas propuestas desde los discursos. Cada vez más la población presenta sus quejas y denuncia la práctica médica, situación que en el campo de la obstetricia se ha convertido en una tendencia bastante utilizada en todos los contextos (Cunningham et al, 1998:8)⁸¹, que va a incidir en las prácticas médicas pero en menor medida, en sus discursos. Una matrona lo resume así:

“Yo creo que antes había lo que era el cura del pueblo ¿no? que era la referencia, y ahora ha pasado... porque al menos, hacía milagros. Cuando tenías algún problema ibas al cura... Como tenía más influencia con arriba... a ver si te podía solucionar el problema espiritual, de salud o... lo que fuera ¿no? Y ahora pues... parece que nos tenemos que acoger a algo y entonces ha pasado el cura... Pero el cura si falla, pues bueno, es que era una decisión de Dios, pero es que ahora si falla el médico... falla él. Es el cura (el médico) pero que le pueden también pisar y si falla... Es un ser humano. Esto de los fallos también está en que la gente cada vez asume menos responsabilidades, esto da dependencia, porque si ha habido un fallo ya piensan: haber quien ha sido, y externo a ellos” (Mt.1).

En el proceso de secularización social, la gente hoy cree en el saber de curación que la institución médica reiteradamente afirma que posee, y espera, como de cualquier otro profesional, que cumpla con ello. Así lo dice este médico obstetra:

“Estamos en una sociedad en que la gente te piden que todo salga bien y que todo sea bonito. El último responsable o el primer responsable de la embarazada sobre el que recaería cualquier sospecha de mala praxis, probablemente es el médico” (Dr.1).

⁸⁰ Sobre las bases de estos beneficios es interesante revisar el trabajo de C. Lévi- Strauss (1995:196) ya que aporta semejanzas teóricas planteadas en otros contextos.

⁸¹ Con fecha del 4 de noviembre del 2006, el suplemento de salud de El Mundo publicó la entrevista realizada al presidente de la SEGO en la que explica la falta de obstétricas por el abandono de estos profesionales ante el riesgo de procesos judiciales.

En esta opinión no se cuestiona los posibles límites. Se responsabiliza a la sociedad de sus amplias demandas, pero no se realiza un análisis del contenido de las ofertas que en sus discursos propone la medicina. Parece claro que el médico es quien sabe, por esto se hace responsable de las mujeres embarazadas. Las matronas entrevistadas plantean en mayor medida la reflexión sobre su saber respecto a la atención que dan a las mujeres:

“Da la sensación de que cada vez son menos autónomas... entonces yo veo que a veces nos creemos tan... que tenemos la verdad absoluta y a veces... pecamos un poco de que nosotros tenemos la verdad absoluta y que hay que hacer esto” (Mt.1).

La mayor parte de las usuarias de los servicios de obstetricia son mujeres cuya gestación evoluciona favorablemente y que acuden acompañadas. Esta situación les permite establecer un cierto control sobre lo que los/as profesionales dicen y los resultados y que, en ocasiones, ha dado lugar a litigios, experiencia que promueve una actitud defensiva en el ámbito médico. Es como que se hubiera establecido un diálogo encubierto de confianza/desconfianza en el que los/as profesionales se sienten fiscalizados/as y amenazados/as y esta presión, repercutirá en sus prácticas:

“Siempre lo estamos pensando. Hoy en día hay una situación que planea en todo el personal que es la cuestión médico-legal. Hoy día se están haciendo actuaciones pensando en los problemas médico-legales, incluso a la hora de hacer análisis y de hacer... es decir, legalmente quieren (queremos) curarse en salud. Es una moda... pero bueno, es lo que hay y ya pasará” (Dr.3).

Parece como que los/as profesionales deben rendirse ante la fuerza de sus propios discursos que ahora les invaden y arrastran. Realizar todo aquello que se indica en los protocolos es por lo menos el primer seguro de protección ante los imprevistos, aunque se acepta que nunca se puede tener garantía absoluta en el campo de la salud, como tampoco en el embarazo. Los/as profesionales se protegen y una medida que llevan a cabo en algunos centros públicos y por médicos privados es que las mujeres embarazadas firmen el “consentimiento informado” para la realización de una ecografía en el que se aclara entre otros muchos aspectos que *“la ecografía, aunque orienta sobre la condición fetal, no tiene por sí sola un valor absoluto para asegurar el bienestar fetal⁸²”*. La necesidad de recoger este documento se ha normalizado en muchas de las prácticas de las relaciones médico/paciente, transacción que refleja la existencia de conflictos. Por un lado, parece poner de relieve

⁸² Obtenido del impreso que las mujeres firman tras la realización de la ecografía.

una mayor consideración por la información y libertad de decisión que sobre sus cuerpos pueden ejercer las mujeres, pero su función real es la de la protección médico/legal. Las medidas de protección también las captamos en la respuesta de una matrona a la pregunta de una mujer embarazada que, tras la realización de unas pruebas pregunta *¿está bien?* La matrona explica:

“Esto es una cosa que... no podemos decir nunca que está bien porque no lo puedes decir nunca que una embarazada está bien. Te está pidiendo mucho ¿pero seguro que está bien? ¡Claro! Lo único que puedes decir es “ahora sí”; Lo que he visto ahora todo está bien. Yo dentro de una hora, mañana, dentro de un mes no lo sé, como no lo sé ni de ti ni de nadie ¿no?” (Mt.1).

Las mujeres también están sujetas al protocolo aunque, bajo su responsabilidad, pueden dejar de hacerse alguna prueba pero *“entonces les hacemos firmar”* (Dr.2). Esta situación se da raramente cuando se trata de controles básicos y es más habitual en aquellas del screening para el diagnóstico prenatal sobre las que también dudan los/as profesionales de su eficacia o veracidad:

“A veces me planteo si es necesario, porque hay una gran cantidad de falsos positivos que angustia muchísimo a las mujeres, entonces... sí es cierto que, de los que hay que hacer amniocentesis algunos salen, pero son tan poquitos que... quizás el riesgo/beneficio... es quizás el riesgo de ansiedad de... malestar... No sé, esto tendríamos que estudiarlo...” (Mt.2).

Respecto a esta última prueba, todos/as los profesionales del equipo de Los Álamos mantienen esta misma opinión e intentan proteger o aliviar la ansiedad que un resultado incierto produce en las mujeres. Como ejemplo de esto, en una analítica que se recogió un viernes y que presentaba un alto porcentaje de riesgo, se decidió no llamar a la mujer y esperar al lunes en que ella tenía la visita programada con este razonamiento: *“¿Para qué la vamos a hacer pasar un mal fin de semana? Ya se lo diremos el lunes”*.

A partir del seguimiento al embarazo y, como se expone en el protocolo, se genera el *“carnet de la embarazada”*⁸³ o *“cartilla”*, nombre que ha dado lugar a confusiones entre las mujeres puesto que, en realidad, este carnet es de uso profesional. La mujer es la portadora y debe ponerlo a disposición de quien la atienda en cada visita:

“Salió y me dice: ¡cómo te llamas! Pues bueno, dame la cartilla del embarazo. Digo: no la tengo. ¿Cómo no la tienes? ¡Ah!, no, no, la tienes que tener...”

⁸³ Es una libreta de medio folio con seis hojas y tapas blandas.

¿Cómo que no la tienes? ¡Oiga, que no la tengo! Y luego ya se disculpó “ (Cristina).

Conocido este requisito, no volvieron a surgir problemas. Así, todas las mujeres embarazadas que utilizan los servicios de la Seguridad Social llevarán siempre este carnet en el que se recogen los resultados de cada visita, pero de nuevo las anotaciones en clave y los códigos utilizados es información que, en general, sólo traducen los/as profesionales. Marina lo vivió así:

“ Ellas apuntan y es que como me lo dan al final... y cuando me doy cuenta ya estoy fuera. Encuentro que dan poca información, que cuando tú lo lees dices ¿y eso qué quiere decir? Porque te lo escriben ellas y no te enteras de lo que escriben... y cuando ya estás fuera no se lo puedes preguntar”.

Finalmente y como ya quedó revisado más arriba, este documento tiene un carácter funcional puesto que en una mirada se conocen las incidencias del embarazo. Es así mismo un instrumento de control, puesto que muestra entre otros, datos acerca del cumplimiento de las visitas, estilos de vida, antecedentes obstétricos o problemas de salud de la pareja y la familia. Según esto, la mujer puede ser objeto de estrecha vigilancia. Por ejemplo, medir metro y medio, que su pareja sea un profesional manual no cualificado o tener condiciones económicas desfavorables (PSE, 1998:82), aumenta el riesgo en el embarazo según la interpretación médica.

1.2.2. De matronas y médicos: Asistencia en los servicios públicos

Matronas y médicos forman el equipo de asistencia a las mujeres gestantes en los centros de la Seguridad Social. En el centro Los Álamos, el equipo está formado por un grupo de cuatro matronas, una matrona residente (Llevadora⁸⁴ Interna Residente: LLIR) y un médico⁸⁵. Las matronas son quienes tienen asignadas la mayor parte de las funciones. Ellas organizan los encuentros con las mujeres, planifican las actividades y pruebas, y realizan la educación sanitaria. Las matronas son pues, las profesionales de referencia para el seguimiento del embarazo en los servicios de asistencia públicos. El médico se dedica exclusivamente a la realización de ecografías y la resolución de situaciones en las que se presentan alteraciones de salud. Estas/os profesionales se refieren al “equipo” cuando hablan de su trabajo y se siente que forman parte de él ya que, según dicen, las decisiones se toman por consenso, aunque el médico sea el responsable y supervisor. Comparten la dinámica de conciencia de equipo y corporativismo profesional, situación que hemos observado a

⁸⁴ Llevadora: nombre catalán de la matrona.

⁸⁵ El número de profesionales en los diferentes centros está relacionado con la población asignada.

través de la defensa que realizan de sus actividades frente a los cuestionamientos planteados por algunas usuarias. Por ejemplo, en el transcurso de nuestra observación una de las mujeres estaba tomando unas pastillas y su pareja pregunta *¿no son muchas?* La matrona le responde: *“¡Pero eso se lo ha mandado el médico! ¿O crees que el médico se va a equivocar? Si se lo ha mandado es porque lo necesita ¿Crees que te va a dar algo malo? Nosotros lo que queremos es el bien de la madre y el bebé”*. El corporativismo también lo hemos captado en otras circunstancias en las que las matronas defendieron ante las usuarias las acciones y decisiones de otros obstetras del hospital de referencia construyendo con sus discursos la imagen del saber incuestionable de la institución de la que forman parte.

Las mujeres se ponen en contacto con el equipo tras la ausencia de la regla y, a partir de este primer encuentro se les organizará un programa de visitas protocolarizadas en las que se ordenan sistemáticamente las intervenciones durante todo el recorrido. Cada encuentro cumplirá una finalidad prevista con lo que se da una gran importancia al cumplimiento de los plazos indicados ya que, los tiempos de las intervenciones están justificados científicamente. Por ejemplo, en una determinada semana de gestación se puede diagnosticar la morfología fetal a través de la ecografía, como también para la prueba del triple screening bioquímico. Un cambio en el tiempo, dificultará o puede dar falsos resultados en el diagnóstico.

Los espacios que se utilizan para la asistencia son tres. Dos son consultas contiguas, una para las matronas y otra para el médico; se comunican entre sí y comparten una misma sala de espera y un tercer espacio al lado de la consulta de las matronas. En la distribución de tareas que en ellos se realizan, se reflejan las jerarquías y relaciones que se establecen entre profesionales y entre éstas/os y las usuarias. El que definimos tercer espacio, es una sala con tres puertas por donde entran médicos y matronas u otro personal y se comunica con la secretaría. Aquí se recibe a las mujeres en las últimas semanas de gestación para realizar el control de la frecuencia cardíaca fetal y dar las últimas instrucciones en un cubículo allí instalado, y a otras para el control del puerperio. Estas mujeres han tenido una relación de aproximadamente siete meses con las matronas con lo que la consulta se desarrolla en un ambiente coloquial e informal con connotaciones afectivas. Al ser un espacio de paso hacia otras dependencias, pueden estar presentes momentáneamente otros/as profesionales o personal de secretaría. Es aquí también donde el equipo resuelve

situaciones espontáneas relacionadas con las mujeres en el transcurso de las visitas. Desde esta sala se pasa a la consulta de las matronas.

Esta segunda consulta, en el tiempo en que realizamos la observación, la ocupaba una o dos matronas acompañadas de la LLIR. En ella se lleva a cabo el seguimiento a las embarazadas. Las relaciones que se establecen con las usuarias, como es lógico, van a estar muy influenciadas por las características personales de la matrona que dirige la visita. En general, se mantiene una actitud normativa y de control hacia éstas que, una vez establecida, puede darse una ligera complicidad amistosa o maternal como consecuencia de las repetidas visitas. Los/as profesionales entran y salen de esta consulta como si de cualquier otro espacio se tratase con lo que confieren al encuentro un carácter de informalidad.

Finalmente, desde la consulta de las matronas se pasa a la consulta del médico, un último espacio que se presenta con mayor individualidad y orden y por el que todo el personal muestra una mayor deferencia si aparece la necesidad de irrumpir en él. Las relaciones que se establecen entre médico/usuarias responden a las descritas por Goffman (1992:322)⁸⁶ y la configuración del espacio, como apunta Uribe (1994:155), a las relaciones jerárquicas. A quien ostenta un cargo más elevado se le atribuye un espacio propio, permanente y privado⁸⁷.

En un embarazo normal están programadas un promedio de ocho a diez visitas, aunque según el protocolo (1998:34), este número puede aumentar en función de las necesidades individuales de cada gestante. En todas ellas las mujeres serán recibidas por las matronas y tres de estas visitas serán compartidas con el médico con motivo de la ecografía. A esto hay que añadir los desplazamientos para realizar pruebas complementarias y análisis. Así el equipo de trabajo intenta ajustar el número de veces que las mujeres deben acudir estableciendo consultas paralelas, esto es, en el mismo día y en un corto espacio de tiempo serán visitadas consecutivamente por la matrona y por el médico, como nos explica Dr1:

“Aquí nos hemos estrujado la cabeza para hacer venir lo mínimo posible a las pacientes... aprovechar visitas para hacer varias cosas, eso nos ha permitido

⁸⁶ “El servidor (médico) aporta: una competencia esotérica y empíricamente efectiva, puesta de buen grado a disposición del cliente; discreción profesional (...) y finalmente, una gentileza sin sombra de intención servil” (1992:322)

⁸⁷ Aunque este espacio es ocupado por otro médico cuando finalizan las visitas obstétricas.

visitar ¡en muy pocas visitas!. Por ejemplo, la ecografía con la visita en el mismo momento. Lo que pasa es que en muchos sitios es una visita para pedir la eco, te haces la eco y otra visita otra vez la eco y ya son tres visitas, que aquí se hace en una visita. Eso multiplicado por tres o cuatro ecografías... ya ves” (Dr1).

Y una mujer lo explica así:

“He ido tres veces, la primera voy al gine y me cambia a las matronas, después las matronas me cogieron hora para ellas, para hacer el análisis y para el tocólogo y después el tocólogo, el mismo día, me pasó otra vez a las matronas y después me dieron una hoja para ver si me parecía bien para hacerme unos análisis...” (Cristina).

Las matronas tienen una gran autonomía en el trabajo, aunque el obstetra ejerce de supervisor. Sus funciones, al igual que apuntó Uribe (1996) respecto a las consultas de enfermería en otros ámbitos, es el control, *“la cumplimentación de lo ya definido –seguir las indicaciones marcadas-“* (Ibídem:226); recuerda, busca, matiza *“en un examen de lo cotidiano en pos de lo extraordinario”* (Ibídem:226). La división de tareas en el equipo queda de esta manera:

“Las matronas son quienes hacen la educación (sanitaria), nosotros sólo resolvemos alguna duda que quede... alguna duda de algún diagnóstico que está en duda. Nosotros hacemos la resolución de las cosas que hay dudas, pero todo lo demás, las comadronas lo solucionan” (Dr.2).

En el grupo observado y en la comunicación con profesionales de otros centros, las matronas en general se muestran satisfechas con la autonomía de su trabajo. Sus competencias de intervención han aumentado respecto a años anteriores y se les reconoce oficialmente su labor profesional⁸⁸. Un médico (Dr.1) opina que en algunos centros de Tarragona, *“la comadrona ve todo el seguimiento del embarazo y las ecografías se las hace en un hospital”*. Las tareas de seguimiento, vigilancia y no actuación, son las que realizan las matronas y tienen más protagonismo en el embarazo que las de diagnóstico. El embarazo, a no ser que aparezcan incidencias, no necesita de las tareas médicas. Pero una de nuestras informantes afirma que tienen una autonomía relativa:

“Yo considero que una matrona autónoma sería que pudieras controlar todo el embarazo tú, y esto sería autonomía ¿Que ha incrementado la autonomía de las

⁸⁸ En el estado español los estudios de matrona dejaron de impartirse durante los años 1987 al 1992. Esta ausencia de matronas hizo que sus puestos de trabajo quedaran reducidos y fueran ocupados por médicos, con lo que la profesión tuvo riesgo de desaparecer. Hoy, la reivindicación de sus tareas es una defensa constante.

matronas? Evidentemente, sí. Yo creo que hay una parte del control del embarazo que en estos momentos la matrona no tiene competencias, que sería el control ecográfico” (Mt.1).

La ecografía es un instrumento de diagnóstico de la obstetricia, por lo tanto, de uso médico. Tampoco las matronas podrán extender recetas:

“¡No!... la matrona no puede recetar... sólo aconseja, es decir, hay alguna que receta, pero en principio aconseja y nosotros la hacemos. Prefiero que me lo pidan y normalmente si es algo... lo superviso yo, pero si no, tengo confianza. Dicen: el hierro y tal, bueno, dale lo que tú quieras, pero los antibióticos no porque esos ya les coordino yo, pero las recetas siempre las hago yo” (Dr.2).

El trabajo en equipo no anula el mantenimiento de un orden jerárquico en el que la receta sigue ocupando ese espacio simbólico de poder que deviene como resultado del acto médico y considerado exclusivamente de su campo de competencia (Comelles, 1996:318). Las matronas no pueden extender recetas, pero las manejan con supervisión médica. El hecho de que todas las mujeres embarazadas sean susceptibles de necesitar sistemáticamente suplementos de calcio, vitaminas o hierro, hace que las matronas, y para facilitar el trabajo del equipo, utilicen bajo su criterio las recetas preparadas de antemano por el médico. Esta práctica en Los Álamos responde a la funcionalidad de la dinámica de las visitas, ya que así se evita requerir la presencia médica repetidas veces; además, estas recetas tienen en mayor medida una función económica en la reducción de gastos de las embarazadas y puesto que estos medicamentos se pueden adquirir sin necesidad de prescripción médica. Otro asunto son los antibióticos que, si hay que recetarlos es consecuencia de alguna alteración que debe ser diagnosticada, con lo que ya es una función médica.

A pesar de que las matronas realizan la casi totalidad de funciones del programa del seguimiento del embarazo y adquieren un gran protagonismo, sus tareas son socialmente menos valoradas que las del médico. Un reflejo de esto es que la mayor parte de las mujeres dan como referencia el nombre del médico y no el de la matrona para indicar quién controla su embarazo. Entendemos que esta situación responde al prestigio social que se atribuye a cada profesión (Freidson, 1978:62) y porque, habiendo ocupado totalmente los médicos este espacio durante décadas y hoy mantenido en la asistencia privada, la figura del médico por el capital simbólico asociado (Bourdieu, 1988; Fernández-Rufete, 2002), sigue manteniendo un status superior al de la matrona. Este reconocimiento hacia el médico, impregna también a la

mujer que utiliza sus servicios –independientemente de si tiene o no prestigio, siempre éste será mayor que el de las matronas-. Uno de los médicos, explicando las actividades del equipo expone:

“Al ginecólogo sólo le veía dos veces en todo el embarazo y también creo yo que es importante... bueno, a pesar de que se trabaja en equipo a la hora de: “quien te lleva” habitualmente siempre dan el nombre del ginecólogo, ¡aunque las vemos la mitad de veces que las comadronas! ¡es curioso! ¿eh? Eso, vamos, es de oídas... gente que me viene a mi privada... la pregunta de...viene a mi casa porque ha preguntado a su amiga ¿quién te lleva? Y ha dicho: el doctor X y resulta que está de veintiséis semanas y yo la he visto una vez sólo y las comadronas la han visto cinco veces” (Dr1).

La diferencia de prestigio se denota en otros muchos aspectos, por ejemplo en los carteles que en cada puerta anuncian los nombres de las/os profesionales y los horarios de atención. En Los Álamos, un solo cartel servía para incluir cuatro matronas denominadas “señoras” y seguido del apellido, todo ello impreso en letra más pequeña respecto al cartel de la consulta de al lado que anunciaba a dos médicos precedidos de la palabra “doctor”. Aunque el tamaño de la letra y la denominación aparenta un carácter funcional, la percepción visual responde a la imagen social del valor que se le concede a estas dos profesiones, y esto unido a que una misma consulta es compartida por un grupo de matronas de forma que las mujeres no saben por quién de ellas serán atendidas.

Estas diferencias están normalizadas. Por ejemplo, las matronas dan su nombre para presentarse y son reconocidas por éste, hecho que parece proporcionar una mayor proximidad y familiaridad con las gestantes. Contrariamente, el médico se denomina y es nombrado por el apellido. Son las matronas también quienes salen a la sala de espera a llamar a las mujeres, práctica que el médico hace en raras ocasiones y que tiene una connotación de servicio ya que puede ser realizada por personal no cualificado. En estas salidas, pueden ser abordadas por las mujeres para resolver dudas o dar información privada en un espacio público compartido por otras personas que esperan. La no intimidad en las consultas de las matronas es la tónica dominante. Algunas de ellas tratan de mantener la privacidad y la atención exclusiva a la mujer mientras dura el encuentro, pero la entrada de otras/os profesionales, o la necesidad de ser requerida para resolver asuntos puntuales, hace de esta consulta

generalmente⁸⁹ un espacio y tiempo un tanto discontinuo y obstaculizado respecto a la consulta del médico. Se corrobora como afirma Uribe (1994: 145), que el tiempo y espacio médico tiene mayor valor. La percepción de que las matronas pueden ser fácilmente interrumpidas también es practicada por las gestantes que esperan. En el tiempo observado, éstas abrieron la puerta de la consulta de las comadronas para preguntar, en varias ocasiones y ninguna la del médico.

Vemos que, en los espacios y tareas de las comadronas, aparecen las características de los espacios y tareas domésticas femeninas en las que las mujeres pueden ser interceptadas fácilmente por los requerimientos de adultos y niños. Su tiempo de trabajo es un tiempo discontinuo que pertenece al resto de los miembros de la familia/equipo a los que siempre tiene que estar dispuesta a atender. Debe dejar sus ocupaciones por considerarse menos importantes y más, cuando la consulta se trata básicamente de dar consejo o escuchar a otras mujeres. El trabajo de las matronas en la actualidad parece condicionado por la herencia histórica de su profesión (O'Dowd y Philipp, 1994:141) en el que las tareas femeninas⁹⁰ siguen siendo socialmente infravaloradas por tener una menor *“cualificación institucional que la relega a tareas de asistente secundarias”* (Narotzky, 1988:128). Aunque dedican más tiempo a las mujeres embarazadas, siguen estando vigentes las características que Freidson (1978) apuntó sobre las profesiones paramédicas; además, su trabajo tiene menos valor social porque *“tienden a asistir más que a reemplazar las tareas centrales del diagnóstico y tratamiento”* (Ibidem:62).

Pero esta visión no es generalizable en todos los contextos. *“Cada uno puede ser valorado en sus funciones”* (Mt.2). Así lo siente esta matrona que presta sus servicios en un centro situado en un barrio obrero próximo a la ciudad. La importancia o prestigio que las matronas tienen entre las mujeres gestantes en este espacio afirma, es igual o mayor que la del médico porque:

“Quizás sabe que con la matrona puede decir ciertas cosas más... cosas más íntimas que con el médico no se atrevería, pero bueno, también tiene más facilidad de acceso a nosotras, porque el médico viene un par de horas y se va,

⁸⁹ Realizar esta especificación se debe a que va a depender del centro y de los horarios de visita. Así, en franjas extremas tendrán menos interferencias al igual que los centros con menor afluencia de usuarias y personal.

⁹⁰ En nuestro contexto se ha dado la constante de que el médico es hombre y las matronas mujeres. Sería interesante investigar las relaciones cuando el género y la profesión no responde a las tendencias tradicionales.

entonces esto también facilita que haya más comunicación con nosotras” (Mt.2).

El embarazo, una vez diagnosticado, no precisa para las mujeres en general de saberes especializados sino de acompañamiento, supervisión y consejo, asistencia que realizan las matronas. En determinados contextos y para las mujeres, esto puede ser suficiente y sobre todo comunican que valoran la atención personalizada, el respeto y consideración en el trato, ser escuchadas y respondidas sus dudas, tanto como el diagnóstico médico cuando éste es requerido, aunque socialmente a este último se le de mayor consideración por su relación a los años de formación institucionalizada.

En este sentido, el conjunto de utensilios de cada consulta va a responder a las funciones que cada uno/a debe realizar (Uribe, 1994). Aparte del mobiliario habitual – mesa y sillas-, la consulta médica cuenta con un ecógrafo que hoy es la herramienta estrella de diagnóstico en el embarazo. Su utilización sólo puede ser realizada por un/a experto/a que es quien abre la puerta a los/as observadores al mundo mágico que se esconde en el interior del cuerpo dando forma -en la visibilidad del feto- a la realidad del embarazo. El manejo de esta tecnología proporciona poder y prestigio a quien la controla; así lo resume Cristina: *“El médico es quien hace el trabajo bonito de enseñarnos a la niña”*. En la consulta de las matronas está la balanza-medidor de altura, el tensiómetro y una camilla para la exploración externa del abdomen y el latido fetal. El médico, como apunta Uribe (1994), *“desempeña la labor que le caracteriza; el diagnóstico”* (Ibídem:156), actuando sobre el espacio interno, y las matronas se encargan *“del volumen del cuerpo, su modificación y uso, de las prácticas de los usuarios sobre las dimensiones externas”* (Ibídem:156). Las matronas revisan y controlan estas prácticas llevando a cabo la actividad que se engloba en la denominada *“educación sanitaria”*. En esta diferencia dentro/fuera del cuerpo se privilegia a la primera y, aunque teóricamente parece darse una especial importancia a la segunda, en la práctica se muestra como subvalorada. Así lo entendemos cuando este médico opina lo siguiente:

“Las comadronas os lleváis una parte muy importante del embarazo, que para nosotros, los médicos estamos acostumbrados... es una parte muy pesada, es una parte... la información, la repetición de consejos, la alimentación, de dietas, de salud... que bueno, es una parte dura que nosotros ¡estamos encantados de que lo hagan las comadronas!” (Dr1).

El trabajo de educación sanitaria se presenta monótono, repetitivo y estandarizado, características propias de las ocupaciones femeninas. Aunque en el protocolo (PSE, 1998) no se señala explícitamente, en la práctica es una función de las matronas que además, les sitúa en un rol fiscalizador. Se propone una vigilancia y control de los hábitos de salud de las mujeres gestantes para posteriormente *“esgrimir argumentos con el objetivo de que la embarazada interiorice conductas favorables para su estado de salud y para el buen desarrollo de su hijo”* (Ibídem:135). La educación sanitaria es pues una práctica normativa de adoctrinamiento en la que, además, *“la mujer ha de adoptar una actitud receptiva hacia el proceso educativo”* (Ibídem:135), y en cuanto a la pareja: *“Es necesario crear la sensación de la importancia y trascendencia de esta vigilancia y conseguir que los padres formen ‘equipo’ con los profesionales encargados de la asistencia”* (Ibídem:147). No dudamos de que la educación sanitaria y el consejo sobre aspectos de salud en el embarazo es necesario y útil. Nosotras analizamos el cómo esto es reflejado y construido a través del lenguaje.

Parece transmitirnos la imagen de unos/as profesionales que saben, frente a las mujeres que no, y por ello, deben ser vigiladas y *“sometidas a la acción educativa”* (Ibídem:135), práctica que además deben aceptar, ya que pueden ponerse en riesgo como también a las criaturas gestadas. Esto es, las mujeres son tratadas como menores de edad, percepción que se reafirma cuando parece que se las intentará convencer creando esa *“sensación de importancia”* que aconseja. También, cuando apunta, *“si sus conductas de salud son positivas, se reforzarán expresando nuestra satisfacción por la situación”* (Ibídem:135) o hasta dando *“premios”* aunque sean *“en forma de beneficios de salud objetivable”* (Ibídem: 137). Esta observación de la infantilización de las mujeres como no capaces, aparecerá en otros apartados de este texto y es vivida por ellas de diferentes maneras. Algunas la captan y la aceptan, y otras se rebelan:

“Me trató como si fuera imbécil, un poco menos que imbécil... como si yo no tuviera información... como si... no me interesara para nada... Como si no fuera por ella todo iba a hacerlo mal. Yo dije: es mi embarazo, mi cuerpo, mi bebé y estoy más interesada que nadie” (Clara).

Esto va a depender también de cómo cada profesional sea capaz de establecer la comunicación con las mujeres y utilizar su saber, para llegar o no a cumplir los objetivos que se proponen. Por otro lado, se habla de *“vehicular la información”* expresión que entendemos se refiere a *“dar una información ya pre-establecida”* como

así se desprende en los siguientes apartados propuestos explícitamente en este documento. Con esta perspectiva parece marcar a las matronas los límites de *“lo que se debe decir”* y así cerrar las posibilidades a otras iniciativas personales o profesionales.

1.3. Las consultas médicas privadas

Contrariamente a la organización en la asistencia pública, el control prenatal en la asistencia en mutuas observadas, es llevado totalmente por el médico. No existe la figura de la matrona, aunque el médico cuenta con el apoyo, si lo necesita, de una recepcionista/secretaria en algunas de sus prácticas. De esto podemos deducir, como comentamos anteriormente, el poco valor de las funciones de las matronas en estos contextos.

Cuatro de las mujeres del estudio están inscritas en mutuas y para ellas ser atendidas directamente por un médico es importante. Dos mantuvieron el mismo profesional al que anteriormente acudían para los temas de ginecología y las otras dos eligieron uno que les recomendaron. Conocer desde años al médico es una ventaja que llevó a una relación de confianza y negociación, aunque siempre dentro de la distancia profesional. El médico concentra todas las actividades del seguimiento al embarazo y en su base, las prácticas son las ordenadas desde los protocolos pero ahora modificados:

“No debería haber ninguna diferencia (respecto a la asistencia pública), pero el caso es que las hay... Todas las visitas se hacen con el médico y habitualmente haces ecografías en todas las visitas, ecografías de complacencia. Ya te estás saltando un poco el protocolo que recomienda tres pero la gente va a tu casa particularmente porque quiere ver al bebé siempre” (Dr.1).

El médico debe cumplir las funciones que le definen como tal, y por las que “el/la paciente” le reconoce (Menéndez y Di Pardo, 1996:54), y el uso de esta técnica diagnóstica potencia la legitimación de su rol. Además, “ver” la evolución del feto todos los meses se ha convertido en una necesidad que lleva a algunas mujeres y parejas a utilizar estos servicios⁹¹. Puede ser por esto y porque estas consultas se adecuan a los horarios laborales, que las parejas acompañan casi totalmente o por lo menos más a sus compañeras que en las consultas públicas.

⁹¹ Hay mujeres que, teniendo atención en la Seguridad Social, realizan visitas complementarias en la privada para hacerse las ecografías.

En contraposición, la ausencia de matronas repercute en una menor educación sanitaria. Esto entendemos corrobora la poca relevancia social y médica que en la práctica se da a esta actividad, aunque uno de los obstetras piensa que puede ser una desventaja puesto que *“las pacientes de la privada no... acaban recogiendo tanta información como la que obtendrían en contacto con las comadronas”* (Dr. 4). El rol de las matronas está definido en las instituciones públicas, pero no cuenta todavía con el total reconocimiento social de sus funciones fuera de los hospitales⁹². Hemos observado en el transcurso de las consultas que parte de las funciones de las matronas pueden ser asumidas por el médico, otras son anuladas y otras fueron realizadas por personal no sanitario o menos cualificado que realiza tareas secundarias que, aunque necesarias, no son el objetivo del encuentro como ayudar a la mujer a vestirse, colocarse en la camilla de exploración, limpiar y ordenar los instrumentos utilizados o recoger las muestras de orina.

Las consultas médicas de mutua son espacios privados que cada médico organiza según su parecer, suelen ubicarse en pisos de calles céntricas. Aparte de la sala de espera y la secretaría o recepción, la consulta médica cuenta por lo menos con dos espacios que aparecen muy diferenciados. Uno es el despacho en el que el médico recibe a la gente, se comunica un diagnóstico, se manipulan documentos y datos o se toman decisiones. Es un espacio “limpio” y el mobiliario habla de una cómoda oficina directiva en la que se trasparenta o comunica el prestigio, el recorrido profesional a través de los títulos enmarcados que con frecuencia, cubren las paredes o hasta detalles de las aficiones de su propietario. Al lado se encuentra la sala de exploración; ahora sí, los enseres son los propios de una consulta de asistencia sanitaria obstétrica. Se trata de un espacio taller en el que se realizan las revisiones sobre lo “sucio o contaminado” que parece desprenderse del contacto con los cuerpos en las exploraciones. A ella se permite la entrada a la mujer, pero su pareja o acompañantes deberán esperar a la señal del médico que suele darse cuando la mujer ya está preparada y ha comenzado la exploración ecográfica. Esta separación de espacios y tiempos en la dedicación médica fueron más marcados en la consulta

⁹² En general, a las matronas se les asocia con la asistencia a los partos en los hospitales. Su presencia en el seguimiento al embarazo data de una década.

privada⁹³ que en las de mutua y entendemos que responde a la mayor necesidad de la representación de rol mencionada.

Los médicos, al igual que los/as profesionales de las consultas en la asistencia pública, llevan una bata blanca sobre su ropa habitual, o pueden presentarse totalmente uniformados. Esto entendemos transmite un carácter de más o menos formalidad, aunque sin dudar de la profesionalidad, al encuentro además de señalar la distancia y el lugar de quien sabe. Por ejemplo, llevan una bata de la que fácilmente se pueden deshacer aquellos que en cualquier momento pueden ser requeridos para la asistencia a un parto en el hospital. En las consultas observadas esto ocurrió en varias ocasiones y ante ello, las embarazadas esperan pacientemente, las salas de espera se llenan y nadie protesta. Se entiende y justifica la marcha del médico, puesto que otro día ellas pueden ser el motivo de esta ausencia. En estos casos, la secretaria es la portavoz de los hechos y algunas mujeres, dependiendo de la demora, posponen sus visitas. Los médicos en las consultas de mutua y privada y, puesto que “están en su casa” y pueden ser o no elegidos por las mujeres, tiene una amplia libertad e independencia en su hacer profesional aunque estén sujetos al protocolo.

1.4. Consultas complementarias de las comadronas

No existe la consulta privada de comadronas en la asistencia al embarazo si no es cuando se planifica realizar el parto fuera de los hospitales, entonces, se hace necesario ponerse en contacto con estas profesionales para su preparación. Todas las mujeres que utilizan estos servicios cumplen paralelamente con la asistencia institucionalmente pautada. Las cuatro mujeres que forman este grupo en nuestro estudio utilizaron los servicios públicos. Así, estas consultas son complementarias y no sustituyentes. Las prácticas que en ellas se llevan a cabo, se acercan más al paradigma humanista y holista (Davis-Floyd, 2002), con lo que se introducen cambios que, no estando sujetas a las prácticas del protocolo institucional, analizaremos en el capítulo 5.

El espacio del centro⁹⁴ también es un piso céntrico de ciudad como si de una vivienda se tratara y decorado como tal. Las consultas se realizan en dos de las

⁹³ Esta consulta se desarrolló en un hospital privado de Barcelona con lo que, al haber más espacios, el médico podía aparecer y desaparecer estableciendo cortes diferenciados entre limpio/sucio de forma que no tuviesen ninguna relación y se presentara finalmente como descontaminado.

⁹⁴ Recuérdese que esta observación se realizó en un grupo de parto en casa de Barcelona.

habitaciones en las que una cama a modo de sofá hace las veces, si se necesita, de lugar de exploración y, éste es el mismo lugar en el que se toman decisiones o se resuelven dudas con las parejas. Una gran sala se utilizará para los grupos de preparación al parto y el postparto. Las comadronas visten con su ropa habitual y los utensilios propios de esta actividad no están visibles. Las funciones del lugar se pueden reconocer por la profusión de imágenes, fotos o grabados de las mujeres, parejas y sus criaturas en el nacimiento.

El grupo está formado por un equipo de cuatro comadronas, una psicóloga y una secretaria, esta última compartida con otros/as profesionales que realizan en el mismo centro actividades de promoción de la salud en horarios diferentes. Se capta que las matronas que llevan más tiempo enseñan, dan apoyo o acompañan a las nuevas. Se reparten los diferentes campos de atención que dentro de este espacio son: las visitas durante el embarazo, los controles del puerperio y la preparación al parto o maternidad. En cada encuentro con las mujeres, y siempre que sea posible, estarán presentes dos matronas *“para compartir puntos de vista desde dos perspectivas después de la visita”* (Mt.4). Al operarse un cambio en las representaciones, se modifica la actitud en la asistencia de estas profesionales. Se revisan, además de los resultados de pruebas realizadas en las instituciones para conocer su estado de salud, –riesgo bajo-, sus hábitos de autocuidado, sus necesidades emocionales, valores o miedos y el apoyo del entorno con que cuenta la mujer, datos que se analizan para conocer las probabilidades de que pueda cumplir su deseo de quedarse en casa. Así, estas comadronas también realizan funciones de supervisión y control aunque sean con objetivos alternativos a la norma.

Las visitas comienzan aproximadamente al cuarto mes de gestación y se programan mensualmente adaptándose a las necesidades planteadas desde ambas partes. Tienen una duración aproximada de una hora y hemos observado que en el transcurso de estos encuentros, mujeres y parejas necesitan confiar en estas profesionales con lo que también están expuestas y además se promueven, las preguntas abiertas y directas que lleven a la solución de problemas o clarificación de algunas situaciones. También en esta atención se controla la asistencia de las mujeres. Los encuentros deben ser regulares y con la presencia de la pareja. De no ser así, se interpreta como una falta de interés que puede comprometer la planificación del parto en casa. Las profesionales tienen el saber y el poder que en general intentan compartir con las mujeres y parejas aunque cada cual en su rol.

La comadrona explica que *“es una implicación que con el tiempo te acostumbras, lo normalizas, lo vives”*, y sobre todo relacionado con la necesidad de ausentarse para la asistencia a un parto: *“Yo lo vivo bien, pero hay otras compañeras que no porque en cualquier momento te pueden llamar y tienes que ir y dejarlo todo”* (Mt.5) La misma situación la hemos visto en la práctica de los médicos privados pero que, en este caso, al contar con más profesionales y con una programación de visitas menor, no da lugar generalmente a la espera. Esta disponibilidad, la responsabilidad y el hecho de que es un movimiento cuya ideología le sitúa fuera del sistema de atención oficial, no le presenta muy atractivo para la gran mayoría de profesionales y esto hace que, el grupo observado esté en continua evolución aunque se mantienen dos de las personas más visibles y los objetivos de su funcionamiento son siempre estables.

Esta organización para la atención a las mujeres y parejas que desean parir en casa se centra en grandes ciudades como Madrid y Barcelona en las que la demanda es mayor, como también la concentración de profesionales. En el resto del Estado, las comadronas se encuentran aisladas respecto a profesionales con quien compartir esta ideología que, unido a una menor demanda, lleva a que la organización de sus tareas sea informal y adaptada a las necesidades puntuales de las mujeres y parejas, donde el lugar de encuentro suele ser la casa de estos.

1.5 Reflexiones finales

Hemos visto en este capítulo cómo mujeres y parejas planifican o acogen la gestación desde una perspectiva social con múltiples posibilidades que cada cual trata de adaptar a sus necesidades. La tónica dominante es la de retrasar la edad materna para el nacimiento del primer hijo/a e influenciada por las tendencias sociales y respaldada por el avance y uso de la tecnología reproductiva. Pero llega un momento que algunas mujeres consideraron *“ya te toca”* pero la percepción de *“este tiempo”* fue diferente entre ellas.

Desde el sistema de atención sanitaria está construida una forma de asistencia protocolarizada y medicalizada del embarazo, sus actividades se presentan como normas que deben cumplir tanto los/as profesionales como las mujeres. En este orden, las tareas de las matronas son menos reconocidas y las funciones que realizan integran, entre otras, prácticas de control y fiscalización de las mujeres siguiendo las

indicaciones del el protocolo. A nuestro entender, con una atención más individualizada a las mujeres se podían obviar pruebas que además de molestas, agravan el gasto sanitario público. También, un discurso médico menos omnipotente y en el que se reconociera el saber de las mujeres, permitiría compartir con ellas tareas y responsabilidades que aliviarían la carga médico-legal que sienten los/as profesionales, pero para ello, se deberían modificar las ideologías e intereses que socialmente mantiene hoy la institución médica.

En general, las mujeres se muestran dependientes de estas consultas y cumplen con los dictados de matronas y médicos. El seguimiento para asegurar la salud del embarazo también es realizado por las mujeres que planifican un parto en casa. Además, acuden a las consultas de las matronas con esta finalidad, en las que de alguna manera, el poder al igual que en otros centros, está en manos de las profesionales. Mujeres y profesionales de todos los ámbitos consideran el control del embarazo un medio efectivo de prevención de alteraciones, aunque esto no quita que planteen críticas.

2. ENCUENTROS ASISTENCIALES

Hemos revisado cómo el embarazo, siendo en la práctica un estado fisiológico que tiene lugar en mujeres sanas, se ha construido como una situación con posible riesgo que necesita de la asistencia de especialistas. La progresiva tendencia medicalizadora lo ha impregnado. Hoy ya no se cuestiona su morbosidad y es aceptado socialmente que las mujeres deben ser objeto de atención médica para asegurar su salud pero, sobre todo, el mantenimiento de la salud, desarrollo y bienestar fetal. Las mujeres embarazadas, por este consenso social, reciben la categoría de asistibles. Los riesgos se presentan ahora como reales y deben ser prevenidos y controlados.

La reproducción humana y las decisiones respecto a ella, podrían ser propiedad moral de las mujeres, pero este poder ha sido fuente de inquietud para todos los conjuntos sociales que han puesto los medios para controlarlo (Victoria Sau, 2000), siendo el sistema médico quien tiene el poder legítimo recibido del Estado para ello. Las prácticas para el control o seguimiento del embarazo que se mantienen a través de los encuentros con los/as profesionales no sólo responden a una relación técnica, sino que, como afirma Taussig (1995), toda relación médico/paciente es además *“una interacción social que puede reforzar poderosamente las premisas básicas de la cultura vigente”* (Ibídem:114). Consideramos además que estas mismas relaciones *“son siempre relaciones de fuerza simbólica (...) entre el locutor dotado de autoridad social específica y su interlocutor o su público, que reconoce su autoridad en diferentes grados”* (Bourdieu, 1994:120) A través de estos encuentros las mujeres serán adoctrinadas en el cumplimiento de lo que de ellas se espera y del lugar que socialmente les corresponde como mujeres y madres.

Partiendo de esto, proponemos el análisis de las relaciones que se establecen entre las mujeres y los/as profesionales en los encuentros asistenciales, revisando cómo las técnicas o actividades preventivas se presentan cargadas de discursos, representaciones e ideologías normativas y morales dirigidas a mantener un orden social en el que el MMH se define como el único con el poder que asegura la salud. Hemos apuntado que son las matronas en los centros de la sanidad pública quienes llevan a cabo la mayor parte de los encuentros con las mujeres, aunque supervisadas por los médicos, y que son estas profesionales quienes, adoptando la tendencia

ideológica de la medicina (Sau, 2000:29), reproducen el modelo en su relación con las usuarias. Este protagonismo de las matronas, en nuestra investigación⁹⁵, se reflejará en las experiencias de las mujeres.

En el análisis de los encuentros asistenciales presentamos un primer apartado en el que se extraen las representaciones más relevantes que surgen de las relaciones que en ellos se establecen. Una segunda parte está centrada en la educación sanitaria de la que a partir de estos encuentros son objeto las mujeres. La tecnología médica, sus usos y representaciones son analizados en un tercer apartado y, finalmente, los itinerarios asistenciales que las mujeres activan paralelamente a los servicios institucionales.

2.1. Las pacientes mujeres: las representaciones de las prácticas

El estar embarazada se acepta socialmente hoy como una situación incierta en la que la mujer, pero sobre todo el producto de la gestación puede presentar riesgos. El miedo es un poderoso detonante que induce a activar todo tipo de recursos para prevenir este supuesto. Las mujeres gestantes se ven abocadas al consumo de los servicios médicos de los que se muestran dependientes y necesitadas. Esto además, es social y políticamente promovido y apoyado como práctica moral de protección que toda mujer gestante, como futura madre, debe manifestar hacia el feto, con lo que se convierte en obligación para ellas y fuente de poder para los/as profesionales.

Las relaciones médico/paciente han sido definidas como desiguales y jerárquicas en base al saber que se les supone a los/as unos/as frente a la ignorancia, en este caso, de las mujeres. En nuestra investigación, la manifestación de esta jerarquía es ejercida de diferentes formas y dependiendo de las características personales de cada profesional que pueden ir desde una relación próxima al contrato a aquella otra de imposición normativa. También la actitud que presenta cada mujer va a influir en su percepción y vivencia de estas relaciones.

Las representaciones que surgen de estos encuentros muestran diversidad de perfiles que hemos englobado en dos apartados: “las mujeres no saben” y “el

⁹⁵ Recordemos que de las mujeres entrevistadas, ocho utilizaron los servicios de la asistencia pública y aunque otras cuatro planificaron un parto en casa, el seguimiento de su embarazo se realizó en este mismo servicio, y en diferentes contextos urbanos.

embarazo es de los/as profesionales o la invisibilidad de las mujeres”. Como ya expusimos más arriba, ambas lecturas están totalmente interconectadas.

2.1.1. Las mujeres no saben

La monopolización de saberes de salud por parte del sistema médico ha reducido y expropiado el campo de conocimientos de las mujeres. Muchas de ellas se autoperciben en el “no saber”, relacionado esto tanto con el funcionamiento burocrático de los controles y pruebas a las que deben someterse, como de sus procesos físicos. Las relaciones con los/as profesionales no mejoran esta condición sino que, de hecho, tiende a fomentarla. La mayor parte de las mujeres del estudio acudieron a las consultas inicialmente porque ésta es la tónica habitual ante la gestación pero, en las visitas posteriores, dicen no saber a ciencia cierta el motivo que justifica su asistencia. Esto no supuso problemas o inquietud para algunas pues aceptaban que los/as profesionales son quienes controlan, pero en general, todas manifiestan que les gustaría saber. Clara, que está muy interesada en saberlo “todo” de su embarazo, que ve como una oportunidad de aprender, se enfrentó al médico ante la falta de información:

*“Muy prepotente... y me dijo: bueno, yo no te voy a contar todo lo que vamos a hacer, yo te iré contando visita por visita lo que vamos a hacer en ese mes, porque si te lo cuento todo ahora, te parecerá que lo entiendes, pero cuando salgas por esa puerta te vas a hacer un lío y no vas a entender nada.
Dije: oye, que no soy tonta, y me dijo. No, no... pero total...Entonces yo le dije: si me ocultas información sobre mi embarazo yo la voy a buscar por otros lados (...) entonces se quedó como un poco cortao... y a partir de ahí, como una seda”.*

En ocasiones, da la sensación de que el control del cuerpo puede realizarse sin la implicación de la mujer a quien pertenece. Por ejemplo, hoy ya no sirve como referencia para calcular el día probable del parto la fecha de la última regla de la que informa la mujer. Será a través de la ecografía cómo se decidirá con una exactitud incuestionablemente aceptada. O sea, lo que saben las mujeres, sus síntomas, ya no son necesarios y la tecnología anula aún más su palabra. A María le informaron que según el diagnóstico ecográfico, la fecha que ella indicaba estaba equivocada en dos semanas de menos. Posteriormente, y de nuevo a través del control de la ecografía, dedujeron que el feto era grande para las semanas de gestación y decidieron quitarle una semana a la fecha inicialmente diagnosticada y todo ello sin contar con los conocimientos de la mujer. Aceptando que el margen de error del diagnóstico ecográfico en la fecha prevista para el parto puede estar influenciado por múltiples

factores, este ejemplo resulta por lo menos paradigmático para entender el protagonismo tecnológico en el mantenimiento del saber y poder médico, frente a la progresiva expropiación del saber de las mujeres.

Después de esta experiencia, puede que algunas mujeres decidan limitar su comunicación con los/as expertos, puesto que sus criterios están de entrada, equivocados. Pero, si no saben ¿cómo enseñarles? En general, todas las participantes del estudio manifestaron la queja de que no son informadas y captan que tampoco hay interés desde los/as profesionales en ello. Así piensa Montse que se encontró en una de estas situaciones. La matrona la envía a la consulta médica donde le preguntaron:

“¿Por qué te hacen esta prueba tan pronto? Y digo: pues no sé, me han dicho que venga, y vengo. Dice ¿Qué te pasa? Pues nada... me han dado hora y he venido, no hay más. Eso es que te pasa algo... Digo: ¡ya está!. Dice: déjame la cartilla ¡ah vale! Dice, es igual, por pequeñas cosas ya todo lo adelantan. Pues pensé, el médico también me podía haber dicho (...) En ese momento te preguntan ¿por qué vienes? Y te asustan”.

Otra mujer en un centro de la provincia recibió una carta certificada donde se la citaba para una consulta, pero sin decir de qué se trataba, situación que le produjo inquietud pensando en posibles problemas. De nuevo vemos que el seguimiento y control del embarazo se realiza sobre las mujeres, pero sin contar con ellas. Cristina se siente enfadada y afirma:

“He ido para nada... no sé, esta señora nunca explica nada. Le dije ¿está bien? Y como si hablara a la pared... pero podía decir algo. Debe ser que piensa que total, no lo vas a entender o algo así, no sé... A mí me hacen cosas, pero no me explican lo que es”.

Y Alba confía: *“Ya me hice todos los análisis (...) los van apuntando por ahí, pero no sé, supongo que si no han dicho nada, es que todo está bien”.* No dar información fomenta una dependencia total: *“Nosotros lo que nos digan... no sabemos nada, nos ponemos en sus manos...”.* Y hasta con el parto próximo aseguran que siguen sin saber: *“Es que vas un poco vendida porque no sabes donde vas... iremos creo un poco... a donde te llevan ¿no? ya sabemos que no podemos hacer nada porque no sabemos”* (Alba). No saber es una constante que expresan la gran mayoría de mujeres y parejas durante el embarazo y que no se modifica en sus encuentros asistenciales. Aunque para algunas esto no es problema, otras mujeres/parejas buscan ampliar sus conocimientos a través de publicaciones aunque el medio más usado hoy día es sobre todo, la información electrónica.

De los relatos de las mujeres se desprende que en las relaciones que se establecen en el seguimiento del embarazo se tiende a priorizar y mantener el sometimiento hacia los/as expertos/as. Son ellos/as quienes saben y ellas los/las necesitan. Una de las matronas asocia esta dependencia de las mujeres con los cambios sociales y su necesidad de crear un anclaje profesionalizado:

“La mujer se encuentra sola, estresada y si encima es una mujer que está en el mundo laboral, pues tiene muchas presiones. Lo que ella ha heredado en el entorno familiar en su infancia... ahora es diferente y... una ruptura con lo que ha vivido y ahora se encuentra... pues supongo que esto. Lo más fácil es crear esta dependencia: hago lo que me dicen y ya está” (Mt.1).

Un médico afirma que es consecuencia de la cultura de la prevención más anclada en las mujeres porque *“¡No te falla ninguna!... no es que sean más dependientes sino que tienen la prevención como más asumida”* (Dr.1), y se responsabiliza a las mujeres de seguir los criterios médicos: *“¡Es tan fácil tomar una medicación! Qué es más fácil tomar una pastilla de hierro que no mirar que comida hago yo para que no necesite aporte de hierro”* (Mt.1). O sea, primero la medicina se impone, pero la responsabilidad de su uso retorna a la usuaria, a la que antes se ha expropiado o desvalorizado sus conocimientos generado la desconfianza en su cuerpo, estrategia que es otra forma de *“culpabilización de la víctima”* (Menéndez, 1998:56). No sólo la mujer es la responsable sino que el sistema médico se exime de su responsabilidad.

Pero contrariamente a este “no saber”, las mujeres quieren informarse y preguntan aunque su discurso, como ya se ha apuntado (Taussig, 1995; Menéndez y Di pardo, 1996; Menéndez 2002) no será escuchado. Mostrar una actitud de interés e implicación en el mantenimiento de su salud es un objetivo que se propone desde el PSE (1998) para las mujeres pero, en la práctica, los límites de ese interés corresponderán a la medida que los/as profesionales dicten. Así Montse relata que *“a la que tú explicas o preguntas algo... se ve que les molesta o te quieren cortar, no sé, parece que tengan prisa”*. Anna que va a un médico privado coincide con esta percepción: *“En todo lo que preguntamos da el mismo tipo de respuestas. Siempre va con evasivas”*; y Cristina, afirma que *“no les gusta nada que les preguntes, si pueden, te evitan y si tienen que contestar lo hacen como para conformarte, rápido, como si fueras un niño pequeño”*. En otras ocasiones asegura que *“no, no puedes decir nada, no te contestan, ninguna respuesta”*. Esta tendencia se ha presentado más marcada

en las mujeres que acuden a los servicios de la Seguridad Social en su encuentro con las matronas, pero también, aunque en menor medida, en aquellas que utilizaron las mutuas. El número mayoritario de mujeres que acudieron a los servicios públicos -doce- frente a cuatro de mutuas-, puede ser una explicación a estos resultados, o porque las mujeres en las mutuas eligen el médico por quienes desean ser atendidas y la visita es de mayor duración. Además, una atención deficiente podría disminuir la clientela y repercutir en las ganancias. Pero en general, desde los/as profesionales se espera que las mujeres escuchen en silencio y realicen pocas intervenciones. Cuando con preguntas muestran algún interés más allá de lo previsto, es como si desestructuraran la organización habitual del sistema asistencial en el que las mujeres debe ocupar su lugar de pacientes.

La percepción de infantilización que ha captado Cristina se produce con mayor claridad en la comunicación con las matronas. Éstas toman el rol de “madres controladoras del comportamiento de sus hijas”, reproduciendo el orden patriarcal que da lugar a una relación desigual y jerárquica en la que la palabra “cariño” entre otras, es utilizada con asiduidad⁹⁶. A algunas mujeres esto no les supuso problema, lo vieron “raro” y hasta divertido, lo aceptaron porque *“lo hacen para que nos sintamos bien”* (Nuria), pero no todas. Cristina especifica:

“Te sientes como una niña de colegio. Yo llego allí, con todo el peso de mi edad y me dicen: ‘cariño, cielo’... No sé, me quedo como que... no puedo conectar porque pienso que me están tratando asimétricamente, como si yo fuera muy pequeña y ella muy mayor, o que yo fuera ignorante y ella muy sabia... una asimetría ¿sabes?. De tú a tú, una persona adulta a otra adulta no la dice ‘cariño’ sin haberla visto en la vida”.

La infantilización de las mujeres como seres incapaces de responsabilizarse porque “no saben o no se enteran” es ya tradicional en las relaciones con los/as profesionales y la encontraremos con mucha frecuencia en la asistencia a los partos, con lo que les autoriza a tomarse un papel tutelar de control. Estas representaciones que se recogen de la observación práctica y que es expresada por algunas mujeres, vimos que también se reflejan en el PSE (1998:135) que, introduciendo nuevos aires de participación y co-responsabilidad, tropieza con el sometimiento y obligatoriedad de

⁹⁶ Para Bourdieu (2000) estas manifestaciones son discriminatorias y ejercen su influencia en el ámbito de la “violencia simbólica” hacia las mujeres, aunque como en este caso, provenga también de ellas, afirmando que son *“pequeñas ‘lecciones’ del inconsciente que, al sumarse, contribuyen a construir la situación disminuida de las mujeres”* (ibidem:79).

las mujeres. Se espera que ellas, por la salud de su hijo/a, se sitúen donde los/expertos/as mandan y, además, serán valoradas y fiscalizadas por estos/as. La monopolización de la información por parte del sistema médico, el control total de las técnicas, y el poder que socialmente se le ha otorgado en la definición de la salud y la enfermedad unido a unas relaciones jerárquicas e infantilizadoras, anula el saber y la confianza de las mujeres en ellas mismas y en sus cuerpos (Narotzky, 1995:56) y, como consecuencia, tienen mayor dependencia de los especialistas. En esta dinámica de “ser pacientes” es difícil que puedan tomar decisiones o ejercer alguna autonomía.

2.1.2. El embarazo es de los/as profesionales o la invisibilidad de las mujeres

En las relaciones de las mujeres con médicos y matronas se percibe que éstos/as asumen la salud y evolución del embarazo como una cuestión personal. Es el interés por el feto quien rige estos encuentros y la mujer aparece escindida entre un yo como sujeto social y un útero albergador de la gestación (Imaz, 2002; Bodoque y Montes, 2002). Se olvida a la primera para potenciar la atención del último y todas las actividades se dirigen y justifican por este objetivo:

“Eres un número más, eres un paciente más... que no les importas tú... o sea, que siempre van por lo que ellos tienen establecido, los análisis... lo que te toca... y ya está. Van a por su trabajo, rápido, rápido, rápido y no quieren que les estorbes” (Montse).

El control fetal en el embarazo es responsabilidad de los/as expertos y la mujer desaparece en su beneficio. Cristina tuvo molestias durante todo el embarazo que para ella fueron y opina que:

“Ellos buscan un problema, que para ellos sea un problema... y te hacen tantos controles... (ella fue con un problema) y ¡ah! ¡Pues el niño está muy bien! está muy bien... ¿y yo? Podían interesarse algo... te lo podían explicar. La importancia la tiene ella, la niña, la madre, vaya con lo que vaya, da igual. Tienen como una idea fija de lo que ellos tienen que hacer”.

Ya vimos que los resultados que se derivan de los controles del embarazo se tratan como datos de interés único de los/as profesionales y, en condiciones de normalidad, no son generalmente comunicados a las mujeres⁹⁷ puesto que este control es de su incumbencia. En los encuentros asistenciales, el/la “profesional intenta arrancar el control del paciente y definir su estado por él” (Taussig, 1995:131). Las mujeres son el móvil portadoras del feto, como expresa Cristina: “Quiero ser un

⁹⁷ Recuérdese que quedarán reflejados en el carnet de la embarazada, aunque no explicados.

poco participe pero no quieren que te metas en su trabajo ¡pero su trabajo eres tú! Tu quieres controlar y no te dejan". Esta apropiación por parte de las profesionales se muestra evidente en las expresiones de las matronas: *"Me comes esto..."*, *"no me engordes"* o, ante una subida de peso *"¡Qué me has hecho!"* en las que se pone de manifiesto la apropiación, el protagonismo y lugar que cada cual ocupa en esta relación. El embarazo pues, no pertenece a las mujeres sino al sistema médico encargado de asegurar su evolución. En este sentido, Martin (1987) trae la metáfora de la mujer como trabajadora que fabrica un bebé para la industria social, en la que el personal sanitario ejercen de jefes que controlan para que esta producción llegue a ser una mercancía socialmente viable. La autora se pregunta si las mujeres gestantes no pueden ser dueñas de sus propios medios de producción.

La conformidad con esta apropiación/expropiación se presenta en las mujeres del estudio en diferentes medidas. Algunas, como Alba, dan toda su confianza a las prácticas profesionales: *"La ciencia va avanzando y es un bien que está ahí, si fuese malo, lo quitarían o no lo pondrían, pero son ventajas... son oportunidades que te da la ciencia"*. La mayoría plantean dudas que exponen durante las entrevistas y ligeras resistencias, pero sin llegar a la práctica ni entrar en conflicto con los/as profesionales. Esto en nuestro estudio tuvo relacionado la formación de las mujeres —a mayor nivel, más probabilidad de presentar resistencia- pero, esto queda disminuido cuando en la relación mujeres/profesionales ellas se sienten escuchadas y reconocidas.

El interés centrado en el feto presenta a las mujeres como un abdomen: objeto sobre el que trabajar, cosificadas. Montse lo vivió así:

"Cuando están con la ecografía, pues el médico está explicando a la estudiante y a ti no te explica nada y estas allí... y hasta mi marido dijo: bueno ¿y ella lo puede ver al... al niño? ¡Ah!, sí, sí, no hay ningún problema. Venga a darle explicaciones a la estudiante y a ti ni te dice nada... me siento fatal".

La invisibilidad puede llegar al límite de que el/la profesional no levante la cabeza para comunicarse con las mujeres. Se encuentra inmerso/a en el control y registro de los datos de la documentación sanitaria y pregunta de forma sistemática sin poner atención en las respuestas que pueden ser o no contrastadas o contestadas. Lo importante son los resultados, signos que hablan del estado de un cuerpo visto en función de su creación con lo cual, sobran las relaciones. En Los Álamos, nada más

entrar y sin apenas dar tiempo a sentarse, la mujer era dirigida por la estudiante hacia la báscula y camilla de exploración, mientras, la matrona desde su mesa hacía preguntas que, por la distancia y la rapidez, la mujer podía tener dificultades en entender ya que se confundían con los datos que la LLIR iba dictando a la matrona. Estas prácticas parecen ser habituales ya que, Marina explica la misma situación acerca de un contexto diferente. Ellos estaban ilusionados por conocer a la matrona porque iba a ser su referente profesional durante todo el embarazo, pero su experiencia fue la siguiente:

“Marina: Pues estaba leyendo los resultados de los análisis de espaldas, apuntado así, de espaldas, y dijo: súbete a la báscula. Claro, de punta a punta de la habitación... en medio iba hablando...”

Pere: De espaldas y en voz baja...

Marina: Yo preguntaba ¿qué has dicho?

Pere: ¿Qué edad tienes? le preguntaba, claro, ella estaba en la báscula en el otro lado y no la oía (...) y al final se tuvo que ir a su lado... ella de espaldas... para ver que decía.

Marina: Al final nos quedamos... ¡hosti que comadrona! no nos dio ni el nombre”.

La estandarización de la atención hace del control prenatal una práctica rutinaria. La mayoría de las mujeres no presenta alteraciones significativas de salud y los signos son leídos en los resultados de las diferentes pruebas, con lo que “se carece” de estímulos que alienten las relaciones. En estos encuentros basados en los signos que presenta el cuerpo, afirma Menéndez (2000) respecto al proceso relacional, “*excluyen cada vez más la palabra del paciente y ello sobre todo por factores de carácter institucional y financiero*” (Ibídem:179). En nuestro contexto, aunque una parte del poco interés puesto en la experiencia de las mujeres puede estar relacionado con la “*falta de tiempo*” de la que se quejan algunas matronas, también puede responder a la rutina de un trabajo en el que deben producir un determinado número de visitas por hora. Las mujeres son pues la materia sobre la que trabajar y su presencia puede ser anulada ya que, por otro lado, no necesitan del relato de sus síntomas puesto que los resultados de las pruebas hablan por ellas. Difícilmente pues, se puede hablar de relación o encuentro terapéutico.

2.2. Educar a las mujeres

Si se parte de que las mujeres no saben, hay que enseñarles. La educación según los protocolos, se realizará en todos los encuentros con los/as profesionales. La educación es una función de las matronas. Por esto, y puesto que en la asistencia en

mutuas no hay matronas para el seguimiento al embarazo, en los dos primeros subapartados nos referimos a la dinámica de la asistencia pública en los distintos centros que utilizaron las mujeres del estudio. Sólo en el último incluimos la preparación a la maternidad que se realiza en la mutua. La educación sanitaria y siguiendo el modelo propuesto por Uribe (1996), en nuestra investigación consta de los siguientes apartados: a) educar en las normas de asistencia; b) educar para la salud y c) educar para el parto y maternidad.

2.2.1. Educar en las normas

El largo proceso en el que las mujeres acudirán a las visitas, necesita de unas normas de urbanidad (Uribe, 1996:305) para su funcionamiento y son las matronas quienes deben enseñarlas. En este caso, la educación se realiza en el momento que surge su necesidad. En Los Álamos estas normas pasan entre otras, por la puntualidad, no abrir la puerta bajo ninguna excusa, no defender el punto de vista con el que no coincida la matrona, o la mala suerte de que suene el móvil de la mujer en el momento de la visita. Las respuestas cuando se dan estas situaciones van a depender del momento y de la matrona, pero hemos observado que en demasiadas ocasiones el tono de voz y la aspereza en las recriminaciones se exceden a la amplitud del supuesto problema. La situación que vivieron Paula y Ton es un ejemplo:

“Paula: ¡Un disgusto!... él había cogido fiesta, digo: espera que se acaba de ir... No, no, es que si no, nosotras nos retrasamos... Y pensé: ¡haz pasar a la siguiente mujer! Que no te cuesta tanto...”

Ton: No tardé ni 10 minutos... ¡pero hombre! Son diez minutos... pues se habla ¿no? ¡y que en ese momento ya se la hagan...! (lo expresa con tristeza).

Paula: Es que somos primerizos, la primera... ¡podían haber tenido un detalle!”.

La dinámica de la organización del trabajo fabril no puede ser interrumpida. La rueda del sistema tiene unos engranajes preestablecidos para su funcionamiento y las mujeres deben aprenderlo. Así se deduce también de la experiencia de Marina. Ella se sintió bien en la primera visita con la comadrona y quedaron en verse para la siguiente, pero da la sensación que ambas no hablaban de lo mismo, porque esto no llegó a ser posible. Ella pidió ser visitada por la misma matrona:

“¿Pero que es esto de pedir por la comadrona? ¡te toca la que te toca! ¿Es que eres amiga de ella? No, no, no soy su amiga...Pues mira, esto es lo que hay. Y entonces te das cuenta que a ellas les da igual tu caso particular... tantos meses, tanto de esto... tanto de lo otro... y todos con el mismo rasero ¿no?”.

Parece que las matronas al igual que los médicos necesitan representar su papel como tal y, en general, toman el de guardianas vigilantes del orden haciendo uso de un poder que en el cumplimiento de las normas, tiende a situar en una posición más baja a quien lo recibe. Por ejemplo: a una mujer le ha sonado el móvil; la matrona dice taxativamente: *¡Apágalo!* La mujer está intentando apagarlo, pero tarda un poco. *¡Sal fuera a hablar...!* Luego explicará que no se puede utilizar porque puede hacer interferencias con el ecógrafo –que está en la sala de al lado-. Razonablemente, las interferencias también podían darse desde la sala de espera donde le mandaba la matrona porque está a la misma distancia del ecógrafo, con lo que la justificación carece de base, pero nos aporta otra de las funciones de las profesiones paramédicas: controlar a la población según los dictámenes del sistema médico.

El orden que se exige a las mujeres no responde al orden de que ellas son objeto. Los/as profesionales están eximidos/as de muchas de las normativas que ellos/as piden a las mujeres y esta situación puede dar lugar a confusiones. Por ejemplo un trato amistoso, informal, en una consulta en la que entran otros/as profesionales mientras está la mujer; que estos/as hablan de cosas banales con la matrona o se incorporan participando en la conversación con la mujer. Este ambiente será relajado mientras las mujeres mantengan el orden y distancia establecidos. Si confiadas lo traspasan, la actitud de la matrona cambiará colocando a la mujer en el lugar que como paciente le corresponde, situación que les hace sentir mal y que expresan vivirlo con humillación. En las consultas observadas llevadas por médicos tanto en la asistencia pública como privada, no ha habido lugar para que se dieran situaciones parecidas. Los médicos mantienen un trato coloquial, pero distante y profesionalizado que no da lugar a equívocos.

2.2.2. Educar para la salud

Desde la educación para la salud definida también como consejo educativo, se alienta un cambio en las relaciones entre el personal sanitario y las mujeres con el objetivo de que las mujeres embarazadas cumplan con prácticas de salud consideradas positivas (PSE, 1998:135). Hemos visto cómo las mujeres deben responder al control gestacional y ahora, se espera de ellas que adopten una actitud receptiva como así lo expone esta matrona:

“La primera consulta del embarazo, que la hacemos nosotras... ya le marcamos con la frase de que usted no es una enferma... es una usuaria... y de que usted

tiene la responsabilidad del control y de cuidarse... y de los cuidados del embarazo ¿eh? Pues con eso ya le dices que tiene su parte de protagonismo y de... ¡bueno!, Pues de ir haciendo sus cuidados, que no delegue en el marido en el médico ni en la matrona... es ella la que tiene que ir llevándose su embarazo... viene cuando tiene las ecografías... tener todo apuntadito de las analíticas... saber si está anémica...” (Mt. 2).

En este discurso se reflejan las contradicciones entre las teorías y las prácticas que venimos analizando de las relaciones con las matronas. Que las mujeres no son enfermas es un énfasis que ponen también otras matronas, pero por la necesidad de responder a la realidad de que son tratadas como tal. De la misma manera, ellas acuden a las consultas porque así se lo han indicado y si no lo hacen serán recriminadas, con lo que la iniciativa personal en situaciones de normalidad desaparece. Son las profesionales también, quienes escriben en la cartilla maternal y las mujeres serán vigiladas en lo que hacen. Tienen pues un mínimo protagonismo. Pero, lo que sí parece está indicando esta matrona (Mt.2), como advierte Uribe (1998), es que, la persona que se introduce en el proceso asistencial, además de ser paciente, pasa a ser responsable de su enfermedad y salud, apareciendo *“como el único responsable de los riesgos de la enfermedad, ‘sus riesgos’*. (Ibídem:207).

La educación sanitaria es rutinaria, las mujeres deben adoptar posiciones enfrentadas en un mismo encuentro y en un corto espacio de tiempo. Por un lado, la de paciente receptora pasiva y por otro, la de un interés activo en la gestión de prácticas de salud, pero ¿cómo diferenciar lo que corresponde a cada momento? Cristina quería participar *“como persona adulta, pero ya he tenido la experiencia de ‘no preguntes’, les molesta porque para saber ya están ellas; tu haz lo que ellas te digan y todo irá bien”*. La percepción de que su implicación les incomoda es expresada por otras mujeres asistidas por diferentes matronas y en diferentes contextos.

En cada visita, y con una dedicación entre 10 y 15 minutos, dar educación sanitaria es una obligación. Hay que captar los hábitos no saludables para que puedan ser eliminados, pero también reforzar aquellos positivos que presenta cada mujer. Además, hay que dar otros consejos generales de salud para el cuidado del embarazo y realizar los controles pautados, con lo que el tiempo puede quedar corto. Cada equipo lo gestiona con la finalidad de dar la mayor información en el menor espacio de tiempo. Uno de ellos ha introducido vídeos explicativos que se exponen a grupos y otro da la información impresa, además de que todos cuentan con dos publicaciones que entregan a las mujeres, una editada por la Generalitat: *“Consejos para la*

embarazada” y otra *“Los consejos de tu matrona”* de la Asociación Nacional de Matronas. Esta información no sustituye las intervenciones verbales que las matronas deben dar mientras llevan a cabo los controles y que son percibidos así por dos mujeres: *“Lo soltó en una retahíla”* (Marina), o:

“Empieza a vomitar todo lo que tenía que decir, dijo todo, pero que no iba conmigo, no me preguntó... mi sensación es que no me consideró... salimos los dos... con la sensación de que no nos había visto (...) No te da tiempo a terminar la pregunta y ya te dice lo que te tiene que decir pero sin saber lo que a ti te interesa” (María).

Estas situaciones hablan de la obligación de las profesionales de impartir “educación sanitaria”, nombre que se refiere al contenido pero no a la práctica en sí, ya que entre las matronas y las mujeres no se establece la comunicación en la que pueda darse una educación efectiva (Uribe, 1996:103). Por otro lado, como práctica rutinaria, se desvaloriza por no responder a su función educativa, afirmación que viene a reforzar y confirmar la disminución del valor del trabajo de las matronas ya comentado.

Es en la primera visita, por la obligación protocolarizada de dar consejo educativo, que se producen con más asiduidad esta sensación de desencuentros que, posteriormente, pueden ir mejorando con el conocimiento mutuo a que dan lugar las repetidas visitas. Siendo las embarazadas mujeres en su mayoría sanas, la educación sanitaria se convierte en una práctica monótona enfocada a aquello en que las profesionales deben incidir y en menor medida, como explican las embarazadas, a los planteamientos que ellas exponen. Esto lo hemos observado en muchas ocasiones y es captado por las mujeres que interpretan como falta de interés hacia sus inquietudes, bien porque no pueden preguntar aquello que les interesa o, porque siendo el motivo de su interés banal para el/la profesional, la respuesta no es satisfactoria: *“Muy rutinario no se dan cuenta que para ti es la primera vez... y... claro, lo quieres saber todo”* (Paula); situación que promueve la desconfianza de las mujeres en las matronas. Cristina explica que las matronas preguntan sistemáticamente *“¿cómo estás?”* y ella explicó aquello que le preocupaba *“Me duele la tripa”*. En la respuesta no le dieron ninguna solución, se la tachó de quejica desvalorizándose su malestar, así que decidió:

“La matrona pregunta ¿Cómo estás? Y yo: bien. ¿Comes de todo? Yo sí. ¿Tienes alguna duda? ¡No!. O sea; si te voy a decir algo para que tú me... a ver, me trates mal, o me contestes mal, pues yo a ti no te digo nada”.

María también afirma de sus consultas en un centro de salud público de Barcelona: *“Me da desconfianza porque no la puedo preguntar nada, se pone a la defensiva y yo creo que influye en el centro que me toca. Allí todas son filipinas que no deben preguntar demasiado”*. En general, la gran mayoría sigue reafirmando la queja de que reciben poca información. Parece por tanto que la educación sanitaria no responde totalmente a las demandas de las mujeres gestantes, que manifestaron necesitaban estar más informadas en la primera etapa del embarazo y que esa necesidad fue disminuyendo progresivamente. Esto parece lógico; ante una situación nueva, se quiere conocer, pero cuando ya se normaliza, el interés baja.

Una de las intervenciones que se realiza sistemáticamente es la dirigida a promocionar hábitos saludables. A este respecto el control nutricional y ponderal se presenta habitualmente como tema de especial interés tanto para las matronas como para las mujeres. El peso se controlará en cada visita y es un dato que justifica el minucioso examen de lo que se come, cuando y cómo lo reparte en el tiempo durante el día. A través de esta revisión detallada y con una dinámica materno/afectiva en la que también cabe el enfado, la matrona irá introduciendo modificaciones y consejo.

El control de la alimentación, pero sobre todo el peso, es un campo de observación inmejorable de las relaciones de las matronas con las mujeres. El énfasis que se pone va a depender de si la mujer se adapta al incremento de peso esperado o lo sobrepasa. Doce kilos se consideran lo normal y repartido proporcionalmente a lo largo de todo el embarazo. Un aumento en las cifras previstas movilizará en diferentes grados la alarma entre las matronas. Las mujeres ya lo saben y son muy habituales expresiones como *“me va a reñir”* o *“¡me echó una bronca!”* Pero también: *“Me dijo: nos hemos pasado ¿eh?”* (Dolors) y *“me lo dijo bien... me dijo que ahora, en tres meses, si le engordaba pues me iba a poner a dieta, a dieta de darme caña”* (Alicia). Las aportaciones de estas mujeres nos hablan de relaciones verticales y las profesionales se presentan como responsables del embarazo. También las parejas se implican en este control que, siguiendo la dinámica de las relaciones, parece reforzar la ideología de las embarazadas como incapaces, infantiles o desvalidas. Así, uno de ellos expone en la consulta: *“Que no te tomas bien el hierro. No es que me acuse, pero lo tienes que decir ¿verdad? No se lo toma porque tiene miedo que al niño le pase algo”*. Otro intercede: *“No la riña”* y en una ocasión cuando la mujer dice: *“¡Pues no como tant!”*, la pareja asevera *“¡No tanto!”* y es él quien explica lo que come, o la

matrona pide al hombre que *“la vigiles”* o *“no la dejes”*. Algunas parejas también ejercen estas funciones en sus casas como dice Paula: *“¡Me tiene vigilada!”*.

El peso como cuidado “del exterior” y de los usos del cuerpo, propio de profesiones paramédicas, es un tema central en la atención prenatal que permite a las matronas ejercer un control normativo y de coerción. Un aumento considerado excesivo se supone que puede repercutir negativamente: *“Me han dicho que tengo que engordar, para ir bien, un kilo al mes. Más no porque... para el crío es malo”* (Angels). Otras veces se usa como amenaza encubierta con un: *“Tú verás”*; *“Tú misma”*. O abiertamente: ante una mujer que engordó demasiado en un mes la matrona dijo: *“Ya te acordarás en el parto cuando tu niño no pueda salir”*; frase que no sólo hace responsable a la mujer de sus propios riesgos (Montiel, 1997:236; Uribe, 1998:207) sino que utiliza la amenaza de un peligro como consecuencia moral del no cumplimiento de las normas profesionales y que se repite habitualmente en los encuentros con las profesionales, como en estos ejemplos observados de educación sanitaria sobre el tabaco: *“Me lo tienes que dejar, mira, no es por mí, es por el bebé, si no tiene oxígeno no puede crecer, no respira bien y hay estudios que demuestran que estos niños cuando se hacen mayores padecen más cáncer”*; y también: *“Yo os informo por vuestro bien, es mi obligación, vosotros hacéis lo que queráis, el bien es para vosotros y el niño tendrá las consecuencias”*.

El proceso educativo de las mujeres tiene la finalidad de asegurar el buen desarrollo y salud de la criatura a partir de mantener la salud de las mujeres portadoras, pero en la práctica cumple funciones de control y normativización desde los que se incapacita a las mujeres y se refuerza la hegemonía de los/as profesionales. Finalmente y tras el objetivo cumplido, la presión educativa de las matronas se reduce y las mujeres, confiadas ya en la evolución de la gestación, se preparan para el nacimiento.

2.2.3. Educar para el parto y la maternidad

Es la última dimensión educativa del embarazo. A través de las distintas intervenciones del control gestacional las mujeres han sido adiestradas o reconducidas hacia los valores y conductas que como madres deben observar. Finalmente, se les aconseja la asistencia al curso de *“educación maternal”*, también llamado de *“preparación al parto”*, en el que se reforzará la educación sanitaria ejercida hasta ahora, se impartirán conceptos teóricos sobre anatomía del embarazo, parto y

puerperio, y se dispondrá de un programa de instrucción sobre las prácticas para el próximo evento del nacimiento y la crianza de las criaturas.

Este curso se realiza en ocho encuentros grupales de dos horas de duración un día a la semana y durante los dos últimos meses. Las matronas prefieren el nombre de “educación maternal” porque sus contenidos son más amplios que los simplemente enfocados a afrontar los sucesos del parto. En la práctica, el curso recoge estas dos funciones: por un lado, preparar físicamente para que las mujeres respondan al esfuerzo del parto colaborando con las prácticas de los/as profesionales, y por otro, impartir docencia sobre cuidados en el embarazo, puerperio y la atención al/a recién nacido/a.

Inicialmente la preparación nació con el objetivo del alivio o anulación del dolor a través de diferentes técnicas en las que las mujeres eran entrenadas y que podían activar de forma autónoma en el parto⁹⁸. Hoy este objetivo ha sido sustituido por la analgesia epidural, práctica generalizada en los hospitales en todo el ámbito de Tarragona, con lo que las actividades que las mujeres pueden realizar para reducir el dolor han quedado minimizadas y consideradas poco relevantes. Lo que sí se sigue conservando en la preparación son las técnicas de respiración, relajación y ejercicios “*para mejorar el estado físico y emocional*” (PSE, 1998:169), y porque pueden ser una ayuda en el inicio del parto. Su función principal se dirige hoy a la educación sanitaria materna.

Las mujeres lo interpretan en general, cómo la preparación física para el parto en la que también se contempla la reducción del dolor. Cuando tienen que decidir sobre si asistir o no, recogen las referencias de la utilidad que exponen otras mujeres próximas. Así Nuria consultó a su cuñada, quien opinaba:

“A mí no me sirvió para nada, dice, porque cuando estuve allí, te olvidas de cómo respirar y no respirar... si lo llevo a saber, no hubiera ido. Dice, es bonito para encontrar gente que está como tú y hablas... pero a la hora de la verdad... no”;

Pero después Nuria decidió acudir. También a Montse le dijeron las compañeras que no les gustó y que no lo pusieron en práctica pero, la previsión de un parto doloroso en el que no se sabe qué va a suceder anima a acudir para conocer

⁹⁸ La preparación al parto sin dolor tuvo su auge entre los años 1950/1980. Ver Bourrel y Jeanson, 1957; Goodrich, 1966, y Vander, 1981.

sobre las prácticas y costumbres a las que deberá adaptarse; objetivo que es manifestado por la gran mayoría de las mujeres. El aprendizaje y entrenamiento sobre técnicas de respiración para aliviar el dolor es presentado por las mujeres como un parámetro de la validez del curso. Paula así lo expresa:

“Llevo tres clases y bien... nos enseñan a respirar... las abdominales... la torácica... y te dicen en qué etapa del parto las tienes que utilizar. Cuando empieza la contracción tienes que coger aire... luego tienes el acmé ¿no? pues vuelves a coger aire para recuperar... Son cosas... lo que esto me lo sé ahora, luego, el día que me empiece a doler yo no sé si me acordaré si tengo que respirar...”

Y otras desconfían: *“Podía ir a las clases de preparación para respirar... para no sé qué... pero yo creo que no depende de eso, que depende más de mí... yo ya sé cómo tengo que respirar...”* (Laura). Algunos médicos se muestran también escépticos ante estas técnicas: *“Todas las mujeres yo creo que están preparadas para parir, todas respiran perfectamente de una manera natural. Las mujeres están preparadas para el parto, no he visto nunca a nadie que se ahogue”* (Dr.1), afirmación que trae el reflejo de una práctica en la que el médico puede solucionar el parto sin la necesidad de participación de la mujer, pero sobre todo, de la infravaloración del trabajo de las matronas.

En general, los médicos consultados apoyan la preparación⁹⁹ puesto que la función que claramente cumple –salvo algunas excepciones– es la de aleccionamiento de las mujeres de forma que respondan a la definición médica del parto y a los requerimientos de los/as expertos/as en la asistencia (Villena, 2001:57). Hemos encontrado que todos/as valoran esta adaptación: *“Durante el momento del parto, si tú hablas con una paciente, estás con ella y le explicas lo que tiene que hacer, te lo hace todo”* (Dr.1); o *“normalmente no tienen ningún problema, hoy en día menos con la epidural o la raquianestesia... prácticamente no se enteran. Pues bueno, dices: hay que hacer un pujo, has de apretar y tal... pues colaboran”* (Dr.2). Las mujeres ahora se preparan para colaborar, palabra que también adquiere una connotación positiva entre las matronas, además las mujeres que se han preparado han adquirido saberes:

“Que ha ido, ha participando, se lo ha creído...y ha vivido aquello...tiene una actitud mas tranquila, más colaboradora... en general, porque sabe un poco. La persona que ya sabe... y ya: ¿me pongo de lado? ¡ah! Sí, vale. Me pongo

⁹⁹ Hay que considerar aquí que la entrevistadora es matrona y los obstetras pudieron sentirse coaccionados puesto que es una función de estas profesionales.

de lado porque sé que va bien y tal... porque voy respirando... y hablas y se las ve de alguna manera que se implican y colaboran más” (Mt.4).

En estas opiniones se refleja que el parto es un asunto de expertos/as y, en todo caso, la mujer puede colaborar. Teóricamente, la preparación está abierta a la asistencia de ambos miembros de la pareja pero, en la práctica, por la falta de espacio, horarios y organización de los contenidos¹⁰⁰ se justifica que sólo asistan las mujeres. Por ejemplo Julio estaba muy interesado en acudir pero: *“Estuve a punto de dejarlo simplemente porque no iba ningún padre, sólo iba yo y me sentía... un poco mal”*. Pero hay una sesión especialmente dedicada a ellos; se trata de la clase del parto. Se supone que el padre debe estar preparado para el acompañamiento y debe conocer *“las normas de lo que hay que hacer, levantar la cabeza, ¡coge aire!, ¡respira! Y venga”* (Ana y Ton). Además, *“te enseñan todo tipo de herramientas que tienen”*, aunque hay poco espacio para la participación como explica esta mujer:

“Había una pareja que estaba muy angustiada por el tema de los fórceps y tal, entonces la matrona decía que en el parto solía haber... problemas o cosas... imprevistos y por eso ponían una vía por donde ponía oxitocina. Pues cuando esta pareja comenzaron a sacar las cosas que les angustiaba sobre problemas ella dijo: No, no, no. Aquí no habléis de problemas. Dices ¡ostras! Por un lado te anuncian una cosa... y por la otra no puedes hablar” (Montse)

Todos/as los/as profesionales aprecian el mayor nivel de conocimientos de las mujeres pero, repetimos, es en la utilidad que de ello se desprende por su adaptación y colaboración con el sistema médico para la asistencia al nacimiento. Así se deduce de lo expuesto por este médico: *“Aguantan las contracciones mucho mejor, están más positivas, colaboran mucho mejor, saben apretar mejor (...) la única cosa que... no seamos injustos... no consiguen un parto natural”* (Dr.3). La preparación desde las instituciones no promueve la autonomía, ni la confianza en los procesos del cuerpo, ni la libertad de decisión de las mujeres en sus partos. Algunas de las matronas que manifiestan la inquietud de estos límites, se encuentran con la realidad del techo de hormigón que supone la legitimidad del poder médico en la definición de la asistencia al parto.

Aunque por los discursos parece que las mujeres pueden decidir e intervenir poco en sus partos, la tendencia de la educación en este curso es también la de responsabilizarles moralmente. Las mujeres deben colaborar porque hay implicado/a

¹⁰⁰ En Los Álamos, la primera hora se dedica a hacer ejercicios físicos y mientras, las parejas deben esperar fuera.

un/a tercero/a que puede correr riesgo y reducirlo es de su responsabilidad. Una de las matronas expone respecto a ello:

“Tiene que ayudar al bebé, porque si le ayuda todo es recíproco y el bebé también les va a ayudar a ellas en todo el momento del parto. Y muy bien que se les ponga la epidural, pero al bebé no se lo ponen y el bebé pasa el parto. Les explico todo el proceso que tiene que hacer... les explico muy bien cómo es... y ellas tienen que ayudar a su hijo ¿por qué? Porque si no sale entonces hay unos instrumentos... (silencio).

Se quedan... que no tienen ni idea de lo que hace el bebé. Ellas se piensan que el bebé sale porque le empujan ¿no? No, ¡é!l, Es él que sale y son ellas las que ayudan a su hijo... y si no le ayudan entonces tiene que venir alguien a sacarlo... cuando desde Adán y Eva hasta hace pocos años éramos las mujeres las que los sacábamos ¿y ahora que pasa? ¿Las mujeres no sabemos sacar a los niños? ¿Ayudarlos a que salgan?...” (Mt.1).

Responsabilidad, participación, protagonismo, amenaza y culpa se mezclan en un discurso moralizante en el que ahora también participa la criatura por nacer. Se mezcla la justificación de la necesidad de la asistencia médica al parto como consecuencia de la poca participación de las mujeres¹⁰¹ junto con la promoción de una tímida autoconfianza y revalorización de su protagonismo en el nacimiento, aunque se sabe que si la mujer tiene puesta la analgesia epidural, será un parto médico en el que su margen de actuación será nulo o muy reducido en la mayoría de las ocasiones.

Los discursos van a estar relacionados con la ideología y rol que asume cada matrona, e influenciados por la tendencia que se observe en la atención al parto en cada hospital. Así, Montse afirma que *“te preparan mucho para la epidural, que te presentan un parto muy bonito, pero con epidural”*; y Jesús, pareja de Roser dice: *“Aquí, lo que está intentando es llevarnos a otra... que... que es un poco rebelde (la matrona) luego le vas cogiendo confianza y realmente explica las cosas muy bien”*. Anabel pensaba que: *“Debe estar haciendo prácticas o así, y otra mayor. De vez en cuando entra la otra y dice la suya. La otra seguro que lo ve de otra manera”*. La realidad es que las matronas generalmente adaptan sus discursos a las prácticas que se encontrarán las mujeres en sus partos, y sólo algunas manifiestan opiniones en las que se cuestione esto. El sistema debe aparecer como un todo coherente y sin fisuras.

Sólo tres de las mujeres del estudio decidieron no asistir al curso; Mónica porque planificando realizar el parto por cesárea, consideró que no era necesario

¹⁰¹ La interiorización de esa culpa está analizada en el apartado b) de “las imágenes del parto o los secretos del cuerpo”.

preparase; Laura porque dando toda la confianza al médico, él no se lo había aconsejado, y Cristina porque había perdido su fiabilidad en las matronas: *¿Qué me van a enseñar a mí esas?* El resto lo hizo con diferentes grados de motivación y asistencia: desde las totalmente cumplidoras a aquellas que acudieron a algunas sesiones relacionado esto con el interés de cada cual. El curso, teóricamente opcional, se presenta como obligatorio en algunos centros como se deduce por lo que expone Marina: *“Ahora me van a reñir porque no he venido”* y se prepara una excusa que justi-

fique la ausencia. De nuevo, la mujer paciente despojada de sus derechos es tratada como una criatura, y son las matronas quienes reproducen y mantienen el poder y orden. Señalamos además que, en los servicios públicos, cuando una mujer se apunta al curso, se le advierte que debe asistir con la responsabilidad de que está ocupando la plaza de otra mujer que, por la limitación del espacio puede no haber sido admitida. Además, la matrona controlará diariamente la asistencia y pedirá explicaciones por las ausencias. Al finalizar el curso, se pasa a las mujeres un cuestionario de valoración en el que figuran sus nombres y apellidos y que quedará recogido en la historia obstétrica en posesión de la institución. Con estas perspectivas ¿quién va a exponer sus opiniones libremente?

2.3. Tecnología médica en el embarazo. Usos y representaciones

Son muchas las intervenciones que se realizan durante el embarazo, pero aquí nos vamos a referir a los métodos técnicos de diagnóstico más significativos para la mayoría de las mujeres: la ecografía, cuyo impacto social es positivo, y la amniocentesis, que generalmente es silenciada. Es en los discursos de la prevención de riesgos donde se justifican estas técnicas pero, aparte de esta utilidad, desde el punto de vista antropológico estamos más interesadas en el análisis de aquellas otras funciones que también cumplen y pensando que la tecnología no actúa en el vacío social sino que refuerza y reproduce su ideología.

2.3.1. De luces y de sombras: la ecografía

El control ecográfico tiene la finalidad, entre otras, del diagnóstico precoz de posibles alteraciones en la formación y desarrollo del feto. En el sistema de atención público se aconseja realizar tres ecografías en todo el embarazo (PSE, 1998), y en las mutuas/privadas se utiliza en cada visita. Mirar dentro del útero ha abierto el campo a nuevos significados y su utilización va mas allá del mero diagnóstico. Hoy es la prueba

de mayor prestigio y más esperada por las mujeres embarazadas y sus parejas. Los/as médicos conocen este valor y lo contemplan en la práctica:

“Hay especialistas en ecografía que sólo les interesa pues que la ecografía... esté todo bien, es decir, es una ecografía para ellos. Los padres lo que quieren es ver a su hijo, o sea, que la ecografía sería para ellos y yo intento verlo todo, es decir (...) la ecografía sí es para diagnosticar cosas, pero también es para los padres la oportunidad de ver a su bebé dentro de la barriga. Saben que está bien porque nosotros se lo estamos diciendo” (Dr.1).

Estas dos funciones son generalmente observadas en la práctica, y de no ser así¹⁰², y las mujeres reivindican su parte: *“En principio creo que una de las razones más importantes es para que los padres vean que su hijo está bien” (Clara).* Narotzky (1995) después de preguntarse el porqué de la utilización rutinaria de la ecografía en los países industrializados, refuerza las interpretaciones del análisis que venimos realizando y plantea entre otras que una de las razones es que *“supone un aumento de control por parte de la profesión médica del proceso del embarazo y una subsiguiente pérdida de control por parte de las mujeres embarazadas” (Ibídem:57).* El cuerpo habla a través de los controles médicos y la ecografía reafirma su discurso, le otorga poder sobre el embarazo porque, penetrando en el cuerpo, saca a la luz el misterio en el que se ha mantenido la generación de la vida.

El manejo de esta tecnología fortalece el poder y carisma del/a experto/a y esa propiedad de “ver” adquiere tanto para técnicos/as como para las mujeres sus parejas y familias categoría de prodigio: *“Todavía no ha nacido y ya... lo puedes ver, que creo que eso es un milagro ¿no? Que además ellos lo dicen” (Dr.1).* Y Nuria así lo afirma: *“No te lo crees... hasta que ves que allí hay un bicho que se mueve... es bonito verlo porque es increíble que tu puedas verlo. No te lo imaginas”.* Todas las mujeres y parejas se muestran asombradas/os por la técnica. Pero es el discurso que realiza el médico de la interpretación/descripción de las imágenes que aparecen en la pantalla a partir de las que el feto va tomando forma. Si estas imágenes no son traducidas, la gran mayoría de las veces carecen de sentido para los/as observadores/as. A Montse se lo explican pero ella no lo ve bien y no se atreve a manifestarlo. *“porque parece que les estorbes... Yo sólo veo manchas oscuras y claras y cuando digo ¿qué es esto? No lo veo...”*, y se queda sin entenderlo porque, dice, se lo muestran muy rápido. *“Nos enseñó el corazón, esto son las piernas, esto son las manos... claro, tampoco no... el*

¹⁰² Las mujeres del estudio utilizaron diez centros diferentes, siete de la Seguridad Social y tres de mutuas/privadas. Sólo en dos de ellos de la Seguridad Social, la ecografía fue diagnóstica, esto es, el médico no explicó a la mujer lo que estaba viendo en la pantalla.

médico lo ve pero tú... dices ¿es esto? Se ve muy poca cosa" (Angels). En la observación realizada médico de Los Álamos lo explica detalladamente y vuelve sobre la imagen para asegurarse de que lo han visto, perfilando con el cursor aquella zona del cuerpo que está mostrando. Ton enseña la foto recogida del ecógrafo afirmando que: *"todo esto lo sabemos porque nos lo explica él, si no..."*. O sea, es el/la médico quien tiene el poder y el saber para desvelar el secreto de la presencia de la criatura.

Es tal el protagonismo de la ecografía hoy día, que ha desbancado a otras técnicas de diagnóstico: *"Estamos en la era de la imagen, la tecnología de la imagen. Hoy la prueba del embarazo es ver a un embrión con latido cardíaco ¡esa es la prueba del embarazo!"* (Dr.1). La ecografía penetra la mirada en zonas inaccesibles del cuerpo hasta ese momento en el deseo de "ver": *"Atravesar el interior invisible del cuerpo, registrar sus imágenes, no dejar nada a la sombra, ni agregarle a la realidad nada que provenga de las fantasías o del inconsciente del clínico"* (Le Breton, 2002:200). Se ve lo real y es habitual oír entre las mujeres cosas como: *"La verdad es que hasta que no me hicieron la ecografía no me hice la idea de que estaba embarazada"* (Paula); o *"Todavía estaba de doce semanas... no tenía ninguna sensación de estar embarazada y... ¡ves esa personita tan pequeña ahí...!"* (Clara). La mayor parte de las mujeres y parejas expresan esta toma de conciencia tras ver el embrión en la primera ecografía, algo que Narotzky (1995:56) interpreta como vivir el embarazo a través del médico. En opinión de Bárbara Duben (1996)¹⁰³, la mujer embarazada es sometida a *"una especie de catequesis obligatoria de (des)orientación, en el curso de la cual será iluminada sobre la "vida" en sus entrañas"* (Ibídem:91). Es ver pero, sobre todo, ver en el momento en que está ocurriendo y esta inmediatez es un valor añadido al poder de interpretación médica.

Lo que se ve toma forma y se materializa; se necesita ver para creer y creer al instante. Ver al embrión produce sin ninguna excepción en las mujeres del estudio su humanización: *"Se otorga identidad al ser que se está gestando"* aseguran Montserrat Juan y Josep Rodríguez (1994:175). Adquiere categoría humana desde que "se ve", y esto se produce con la primera ecografía entre las ocho y doce semanas. Comienza, en palabras de Schepher-Hughes (1997), el proceso de antropomorfización del feto en

¹⁰³ Duben plantea un análisis crítico a la definición legal que atribuye naturaleza humana al cigoto implantado en el útero, definición que se impone obligando a las mujeres a *"interiorizarlo como si fuera experimentado en carne propia"* (1996: 88).

el que los/as médicos en primer lugar, y los padres como eco, le atribuyen *“características humanas tales como la conciencia, la voluntad, la intencionalidad, la conciencia de sí...”* (Ibídem:395). Los/as médicos son quienes interpretan las sombras que se muestran en la pantalla y sus discursos construyen el ser humano. Nuria por ejemplo, llevaba en su vientre un feto niña y al hablar durante la ecografía se ha referido a “él” como “niño”; casualmente se ve al feto sacar la lengua y el médico dice: *“¡Mira como saca la lengua! ¡Mira lo que te está diciendo por decirle él!”*. También expresiones que las parejas comunican como *“nos está mirando”, “nos saluda” o “es vergonzosa”* manifiestan la atribución temprana de capacidades humanas que tienen como primer interprete de referencia la palabra del/la médico.

Las mujeres y parejas interiorizan esta personificación y promueve en ellas/os la formación de vínculos con el ser gestado que se reforzarán cuando se conoce el sexo, cosa que, en general, todos están interesados:

*“Julio: Yo tenía muchas ganas de saber si era chico o chica (...) y ahora ya está, se habla de Pablo, es uno más de la familia.
Alba: Me ha ido muy bien saber el sexo y eso para hablar con él.
Julio: Ahora hablamos de él continuamente.
Alba: Con él sí... pero de él mucho ¿eh? Pablo por aquí... por allí (...) estoy todo el día hablando de él”.*

Laura y Josep hablan con su hijo: *“Le decimos: ahora vamos a verte, es como si se lo explicáramos; ahora te vamos a ver así que ponte bien y tal... sí, si vamos a verle”*. Josep asegura que, aparte del valor diagnóstico, la ecografía *“tiene un valor añadido... es que emocionalmente nos une al niño”*. También hemos observado que si en el transcurso de la ecografía las parejas se muestran emocionadas e interesadas, el/la médico se suma y potencia estos sentimientos. Las mujeres lo explican así: *“Supongo que le ilusiona ver, transmite ilusión ¡ay! ¡Mira, mira que mono! (...) Te hace el efecto de que tiene más ilusión ella que tú porque ¡mira, mira! ¡los piecitos!, ¡los dedos!”* (Anabel), y Clara se quedó admirada porque: *“Personas que ven esto todos los días y no sé cuantas veces que reconozcan y sientan que eso es magia... pues la verdad es que se creó un buen feeling!”* En general, casi todos/as los/as médicos se contagian con las emociones que despierta en las parejas el ver al feto/criatura.

Las representaciones que promueve el uso de esta tecnología son diversas. Por un lado el saber médico adquiere connotaciones que sólo se atribuyen a la divinidad y que le rodean de esta aureola. El/la médico es capaz de ver en una

amalgama de sombras a las que dará vida y que se potencian con la ilusión y la fe que las parejas aportan y el imaginado embarazo se convierte en realidad como por arte de magia: *“Lo que a mí me cuesta entender es que en dos centímetros y medio tenga todo, o sea... como si fuera un bebé en miniatura, es un misterio, una cosa...”* (Cristina). Paula también se muestra fascinada:

“Cuando ves... porque ves que es cierto... ves allí que está una bolsa, bueno, no se ve la bolsa, pero te lo imaginas... y va dando vueltas, mueve un brazo y patalea (...) cuando ves la ecografía pues aún es más realidad, te lo ves que es real (...) nos lo enseñaron muy bien... el fémur... las cuatro extremidades, la cabeza... muy bien, muy bien”

Confianza, interpretación, ganas de ver... aunque en ocasiones esta imagen sea *“peor que en el canal +; eran todo manchas”* (Anna) o *“no se ve, porque ahí tienes que imaginar mucho en la ecografía, ¡pero mucho! Casi todo “* (Anna). Lo cierto es que hacerse una ecografía se ha convertido en una necesidad mes a mes para muchas mujeres y parejas: *“Quiero verlo, es que sino la hiciera (la ecografía en cada visita) me llevaría una desilusión”* (Laura). Y Ton, como Paula utiliza la Seguridad Social, considera que *“es un periodo muy largo ¡dos meses sin que te hagan una ecografía”*, de forma que, si no se la ofrecen, algunas parejas recurren a la asistencia privada: *“Fuimos de pago solamente para que me lo grabaran en vídeo¹⁰⁴ por tener un recuerdo ¿no?”* (Alicia) y Dolors fue para asegurarse de que el embrión estaba bien. Nos informaron de que acudir a la privada para hacerse más ecografías es habitual entre las gestantes. En nuestro grupo de estudio fue una práctica puntual.

No sólo las mujeres se muestran dependientes de quien maneja la tecnología sino que “ver” a la criatura es del interés de toda la familia. Anna informa de cómo *“sus padres, cuando llegamos del médico, ya suben, sí... y mi madre si vamos a verla también se la llevamos y eso... Y luego la familia un día que viene pues venga, ¿cuál no has visto?”*. Alba la lleva al pueblo para que la vea toda la familia.

Otra de las consecuencias de la humanización precoz del feto es que, convertido en ser visible y con entidad propia, aumenta la responsabilidad de las mujeres embarazadas sobre su desarrollo y bienestar (Juan y Rodríguez, 1994:175).

¹⁰⁴ Durante el año 2002 se grabaron las ecografías en los servicios públicos, luego esta práctica ha sido desechada por ser un documento que puede ser utilizado en conflictos medico-legales.

El feto se presenta como “un ser humano indefenso dependiente de los cuidados de su madre”, lo que puede potenciar la culpabilidad de las mujeres de las que se espera introduzcan cambios y modelen sus prácticas adaptándose a las necesidades que desde la medicina se le suponen al feto. Alicia fue a la privada para que se lo grabaran en vídeo y señala que: *“Lo pongo yo lo veo cómo se mueve y entonces me da más apuro... a ver, tampoco es malo ¿no? Pero un cigarrillo... pues sí me lo fumaría, pero no lo hago, me retengo mucho”*. Algunas mujeres del estudio manifiestan actitudes que califican de “sacrificios” que ya realizan por su hijo/a, como inherentes a su función maternal que ya ha comenzado. Así lo vive Cristina aludiendo a las costumbres que ha tenido que modificar. Pero también hay otros proyectos: *“Desde que me hice la eco... dejé un trabajo y ya desde entonces el embarazo está siendo bonito (...) voy a disfrutar del embarazo”* (María). Imaz (2002) plantea esta relación madre/hijo en conflicto potencial y en respuesta al concepto de riesgo: *“Es el feto el que corre riesgos en el embarazo y ello a consecuencia, precisamente, de las malas costumbres de las madres”* (2002:4). Todas las mujeres del estudio introdujeron cambios en diferentes medidas relacionados con lo que se considera “higiene del embarazo”, que se refieren a las modificaciones en la alimentación, ejercicio/descanso o abandono del consumo de tóxicos.

Otro de los aspectos es la escisión que se produce en el cuerpo de la mujer embarazada. La ecografía muestra a un ser individual, dependiente de la mujer portadora pero diferente a ella, sobre el que, a partir de su visibilidad, la medicina adquiere un control. También la sociedad, apuntan Juan y Rodríguez (1994), *“toma la responsabilidad sobre el ser identificado como vivo”* (Ibídem:175). Se le conceden los derechos legales como tal y se le protege de decisiones maternas que le pudieran dañar (Duden, 1996). Los discursos y prácticas médicas se centran en el vientre de la mujer, contenedor del feto y ésta desaparece, como asegura Cristina: *“Lo que les importa es la niña, la madre vaya con lo que vaya da igual”*. Las imágenes grabadas reafirman esta escisión. La criatura puede ser mostrada independiente de su madre como cualquier otra imagen real de la vida cotidiana. Las mujeres acostumbran a hablar del producto de su gestación a través de la imagen reflejada en la foto, práctica que parece potenciar la representación ya interiorizada de que el hecho que está sucediendo –el crecimiento y formación fetal- es ajeno y externo a ellas. Clara lo vivió así: *“Estuvimos un día y medio mirando la foto, sin hacer otra cosa... Al final dije: bueno, no está aquí ¿no? Está aquí, en la barriga”*.

Con el control ecográfico se han reforzado los significados sociales de la maternidad y los discursos médicos tradicionales. El poder del sistema médico en la definición de la salud y la enfermedad se potencia, y esta tecnología no ha promovido en las mujeres una mayor autonomía sobre sus cuerpos gestantes ya que lo que en él sucede debe ser periódicamente consultado con los/as expertos/as que son quienes darán sentido al embarazo por lo que el feto, en palabras de Imaz (2002), *“no tendrá más como portavoz a la madre gestante sino al médico”* (Ibídem:4). La confianza que puede proporcionar a las mujeres ver el crecimiento fetal tiene como referente la palabra del/a médico que es su emisario. La antropomorfización temprana del feto, así como las responsabilidades y obligaciones que las mujeres contraen, responden al hiper-valor que socialmente se da a las criaturas y al refuerzo del rol de madres que las mujeres embarazadas deben adoptar, un rol que ahora es definido y controlado desde el discurso médico.

Realizamos una última observación: el impacto que se produce cuando los resultados no corresponden a lo diagnosticado durante el embarazo; esto es, la posible gestación y posterior nacimiento de una criatura con malformaciones físicas u otras no diagnosticadas. Algunos centros públicos y también obstetras privados presentan un impreso para que la mujer lo firme y donde se advierte de sus limitaciones y precisión: *“La sensibilidad media del diagnóstico ecográfico es del 56%”*¹⁰⁵, dependiendo de *“la época de la gestación, el tipo de anomalías, las condiciones de la gestante y de la propia posición fetal”*, aunque, en la dinámica de conseguir esta firma unas mujeres comentan:

“Neus: ¡Pero no te lo dejan leer! Van a tope. Es que te lo hacen muy rápido. Yo primero... no estaba muy convencida de firmar... ¿puedo mirar? ¿Qué es esto?.. Con la emoción de la ecografía y tal, me fui y cuando llegué a casa me di cuenta.

Pilar: Es por si pasa algo, ellos se lavan las manos, dijo una matrona...

Neus: ¡Pero lo que has visto no lo entiendes! Lo que te dice el médico... porque no se ve...

*Pilar: Te has de creer lo que te dicen*¹⁰⁶.

Aunque se sabe que la técnica no es infalible¹⁰⁷, los discursos que se transmiten a la población le dan este carácter, además, está apoyado en el prestigio social y

¹⁰⁵ Extraído del consentimiento informado para la ecografía de la Seguridad Social.

¹⁰⁶ Este testimonio corresponde a dos informantes ocasionales que realizan el seguimiento en la provincia de Tarragona.

¹⁰⁷ Se acepta que no es segura en predecir el peso y en ocasiones el sexo de las criaturas, aunque en muchas de las prácticas, se presenten como datos exactos.

fiabilidad que socialmente se le reconoce al sistema médico. Cuando se creía que todo estaba controlado y se presenta la alteración, el rechazo se hace difícilmente superable¹⁰⁸; la magia se rompe. Una práctica médica menos omnipotente podría dar mayor relatividad a la tecnología aceptando la existencia de lo imprevisible y, con ello, la posibilidad del “fracaso”.

2.3.2. Amniocentesis: una forma actual de eugenesia

Esta prueba tiene como objetivo diagnosticar las anomalías cromosómicas o defectos del tubo neural en el feto. Se llega a ella por dos caminos, ambos voluntarios. El primer paso consiste en realizarse una prueba analítica también llamada triple screening que se ofrece a todas las mujeres. En ella se calcula la probabilidad de que el feto pueda estar afectado. Si fuera así, un segundo paso voluntario será el estudio del cariotipo fetal con células que se extraen con la técnica de la amniocentesis. A este segundo paso se llega directamente si la mujer tiene 38 años o más en el momento del parto (PSE, 1998). Se realiza preferentemente a las 16 semanas de gestación y las mujeres deben firmar su consentimiento.

Popularmente se habla de la “prueba del síndrome de Down” cuya última finalidad sería evitar el nacimiento de criaturas con este problema. Las políticas sanitarias facilitarán todos los recursos; si el feto presenta problemas, se espera que las mujeres interrumpan el embarazo ya que de lo contrario, realizarse la prueba carece de sentido: *“Si te haces la prueba es porque estás dispuesta a abortar”* (Cristina). Todos/as los/as profesionales coinciden en afirmar que el triple screening tiene en sus resultados un alto porcentaje de falsos positivos, con lo que la mayor parte de las amniocentesis son innecesarias y además; *“Nos crea una falsa seguridad que no es (...) porque aunque te salga alto puede no ser nada y si te sale bajo puede ser que lo tengas”* (Mt.5)¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Durante el estudio nos encontramos con dos de estas situaciones en informantes casuales -una malformación física y un síndrome de Down-. En el primer caso, el rechazo fue inmediato y durante días; después la madre se sentía culpable.

¹⁰⁹ Esta explicación se relaciona por ejemplo con lo siguiente: una mujer tiene un 1 entre 1.200 posibilidades de que su feto presente anomalías; a esta mujer no se le aconseja la amniocentesis, pero puede ser que ese 1, sea el feto gestado. Los médicos para explicarlo ponen el ejemplo de 1200 bolas blancas (feto sano) y una negra (feto con anomalías); así, a menos bolas blancas más posibilidades de que salga la negra por ejemplo a una mujer del estudio le salió: 1/45 y a otra 1/150. El límite del riesgo se pone en 1/270.

Muchas mujeres tiene claro que se la realizarán y otras que no. El hecho de que la primera prueba sea un sencillo análisis de sangre anima a algunas a lanzarse a conocer el cálculo de riesgos con la esperanza de no entrar en el lote y la tranquilidad posterior de seguir un embarazo con mayores garantías de la buena formación fetal. Roser lo expresa así:

“Es que tengo compañeras... una en concreto lo tenía muy claro que ella no se iba a hacer la amniocentesis para nada ¡pero yo no tenía esta seguridad! Y esto también me hacía sentir un poco así ¿no? Decía seguiré adelante hasta el final (haciéndose pruebas), hasta... pero no sé qué pasará al final, todavía no lo he pensado. No lo quiero ni pensar”.

Y también Angels, aunque confía en la naturaleza manifiesta: *“Si sale... te lo planteas ¡a ver! Es muy duro, son decisiones muy duras y... ha de ser en el momento, cuando ya te encuentres y digas: ahora estoy en el baile y voy a bailar”.* Las mujeres han visto al feto en las ecografías, le han identificado como ser humano, se comunican y le dan nombre. Los sentimientos que han generado entran en contradicción ante la posibilidad de tener que tomar una decisión sobre su vida, situación a la que no desean hacer frente hasta saber los resultados. Para algunas mujeres puede no ser un obstáculo pero, en general, es fuente de intranquilidad y dudas ya que realizase la amniocentesis tiene riesgo de aborto espontáneo con lo que se plantean:

“Sí, tienes riesgo de perderlo, de que sea un niño sano y que lo pierdas ¿no? A mí —el médico— me lo planteó de una manera; dijo: mira, para ayudarme a decidir; tú tienes que pensar que es lo peor para ti, que cuando tu tengas... que no tiene porqué ser, pero que cuando tu tengas tu bebé, te lo den y sea un niño con síndrome de Down o perder ahora de aquí a dos semanas un niño sano ¿qué es lo peor para ti?” (Cristina).

Hemos comentado que la recomendación o práctica de la amniocentesis es generalmente silenciada por las mujeres y parejas. No se habla de ello si no se plantea la pregunta directamente. El hecho de entrar en un grupo estadístico de posibilidades de enfermedad trastoca elementos profundos que no les deja indiferentes. *“¿Por qué no se la hacen a todas?”* repetía Nuria sin dejar de llorar; ella se sentía diferente, mal. Todas las mujeres que pasaron por la prueba afirman que fue una experiencia dura, no tanto por la prueba en sí, como por esa mezcla culpabilizadora o la mala suerte de no haber creado “algo sano” y por la toma de decisiones a la que podían enfrentarse.

Hoy en nuestra sociedad las criaturas con problemas, apunta Cristina, *“es anormal, todo lo que es diferente de lo... del grupo social, de la mayoría es anormal, ya no dices diferente, es anormal y no está aceptado”*. Se ha promovido política y económicamente todo un sistema de detección de lo diferente para reducirlo o eliminarlo. En una sociedad industrial, capitalista y competitiva no hay lugar para las personas que no sean productivas, se consideran una carga para la familia y la sociedad, y los intereses son tales que pasan por el posible riesgo estadístico o necesidad de la pérdida de otros seres sanos:

“Me dijo; mira uno de cada cien niños se pierde... pues si el riesgo es un síndrome de Down por cada seiscientos, seis niños de esos seiscientos probablemente normales se perderían. Son seis mujeres que perderían a su bebé sano mas la que tendría que abortar por síndrome de Down que lo descubrirían ¿no? (Cristina).

Los resultados y prácticas que se derivan de la amniocentesis están estatalmente promovidos y socialmente aceptados. Nos encontramos ante una “maternidad selectiva” en la que unos fetos son seleccionados sobre otros, tema que ya comentó Scheper-Hughes (1997). En su estudio pone especial énfasis en sus dificultades cómo antropóloga ante las grandes diferencias culturales que, desde una mirada etnocéntrica, se podían juzgar de forma equivocada las prácticas de las mujeres. Afirma que *“una puede sentirse incómoda frente a las profundas diferencias humanas, sobre todo si amenazan nuestras concepciones culturales de lo “normal” y lo “ético”* (Ibídem:341). En la visión de Scheper-Hughes el impacto cultural surge de catalogar de *“indiferencia materna”* al abandono de aquellas criaturas que consideran tienen pocas posibilidades de vida. Promueve un análisis crítico en el que se contestan y adquieren sentido estas prácticas relacionando los factores sociales y económicos del contexto.

Lo difícil es dar una mirada desapasionada y objetiva de la propia cultura puesto que las prácticas de selección sobre quién es o no socialmente viable también están vigentes en ella. En nuestro contexto se seleccionan unos u otros fetos; unos podrán vivir y otros no y las causas y justificación de esta elección están perfectamente integradas y la gran mayoría de la sociedad las comparte y aprueba; es más, están avaladas por el Estado y el sistema de expertos/as que es quien lo aconseja y facilita los recursos técnicos durante todo el proceso. No hay pues motivo de asombro ante las prácticas de selección de criaturas en otras culturas. Lo que se acepta como normal en una sociedad, se generaliza y deja de tener visibilidad.

Sólo dos de las mujeres del estudio no realizaron el cribaje bioquímico -triple screening-, porque habían decidido que no abortarían; el resto planteaba más o menos claramente, opiniones parecidas a las de Alicia:

“Yo no lo tendría, no por mí... pero yo creo que bastante sufrimos. Lo que tiene que pasar, el sufrimiento y yo sufriendo toda mi vida... yo creo que tampoco me lo merezco. No yo, ni mi marido ni mi gente de alrededor ¿Dónde va una persona así que no puede valerse por sí misma?”.

Tres de ellas se sometieron a la amniocentesis; las dos que utilizaron los servicios de la Seguridad Social necesitaron esperar cerca de cuatro semanas para conocer los resultados, un prolongado tiempo de incertidumbre y angustia. La mujer que acudió a la privada recibió los resultados en cuatro días. Esta diferencia en el tiempo tuvo una base económica, esto es, pagó un precio para que pudiera realizarse de forma rápida. Después de conocido el impacto que la espera de cuatro semanas tuvo en una de las mujeres, nos preguntamos si sería más adecuado informar de esta posibilidad a las mujeres de los servicios públicos; en todo caso, ellas podrían elegir. Así lo planteamos al Dr.1 y su respuesta fue:

“Eso lo debería cubrir la Seguridad Social, y ya lo cubre, nos lo reservamos para la gente en la que nosotros tenemos alto riesgo de que saldrá mal...(el feto). Cómo sabemos que la mayoría de las amniocentesis saldrán bien porque los métodos que las indican no son exactos ni fiables al 100%... Creemos que saldrá bien, pero la angustia que ellas tienen ¡claro! es una cosa impagable”.

Parece ser que la espera de cuatro semanas es un precio que las mujeres deben pagar como consecuencia de la imprecisión de una técnica con alto porcentaje de errores a la que se sienten abocadas confiadas en la fiabilidad teórica con que desde los profesionales se presenta. Este tiempo para una de ellas fue de sufrimiento, culpabilidad y ambivalencia respecto a la criatura gestada, además del miedo al aborto espontáneo. Esta técnica se vive como una agresión; Cristina mantuvo durante días la mano sobre el abdomen con la idea

“de protección del crío, porque tú tienes la sensación mala, o sea, lo notas extraño, lo notas que está afectado, ¿es que está afectado!... bueno, y también tendrá su parte psicológica porque como sabes... sabes que hay un agujero en la bolsa...pues tu misma ya...”.

La percepción de la afectación a la criatura la han planteado varias mujeres y ya existen en el mercado métodos para contrarrestarla. Marina opinaba que la prueba

podía ser un trauma para el feto y, aunque no necesitó llegar a la amniocentesis, se habían informado sobre una terapia que neutralizaba sus efectos negativos de. Explca que la terapia *“hace un poco la parte emocional para evitar que el feto o la madre pudiera sentir esa prueba como una agresión, un intento de asesinato”* (Marina).

Para las parejas en su primer embarazo es más difícil afrontar esta prueba, afirma Rayna Rapp (1999:24), ya que les provoca desasosiego e incertidumbre. Entre los/as profesionales continúa la autora, está tan normalizada que es rutinaria y es presentada así en las relaciones que se establecen con las mujeres. Está pautado dar información y pedir la autorización desde el inicio, pero algunas mujeres se encuentran con situaciones como esta: *“La enfermera me dijo ¡ay! Te voy a dar esta hoja de lo del síndrome de Down... y ya no me dijeron que era voluntario ¿sabes? Que yo igual me la iba a hacer”* (Cristina). A Roser, aunque los resultados estaban dentro de la normalidad, el médico les ofreció seguir adelante puesto que su fiabilidad no es total: *“¿Te haces la amnio? No, no. Dijimos que vale”* y el médico insiste: *“Porque a lo mejor aún así... esta posibilidad entre 2.100 puedes ser tu”*. Y Nuria, con unos resultados que aconsejan la amniocentesis accedió a ella, pero se queja del trato recibido:

“Lo que no entiendo es que esta gente te lo dice así ¡pam! Como si les diera lo mismo. Claro, ellos ya están acostumbrados. Me dijo, tendrás que hacerte la prueba y ya está (...) No hace falta que llores ¿eh? que no te morirás... De tacto nada”.

Las mujeres del estudio han reflejado que son ellas quienes en último lugar deciden si realizarse o no la amniocentesis y en vistas a asumir una posible interrupción del embarazo. Se habla con la pareja, pero la decisión informa Cristina, como también así lo hemos comprobado, descansa sobre las mujeres.

“Es tu decisión porque fundamentalmente es de la madre, del padre también, claro, pero es una decisión fundamentalmente de la madre. También piensas que implicas a toda tu familia porque decir que no lo tienes cuando todos lo están esperando... pero tenerlo síndrome de Down también implicas a un montón de gente que se relacionará con ese niño. No sé, es difícil”.

La rutina que se ha establecido en la práctica sistemática de la amniocentesis, subraya Rapp (1999:3), hace que las mujeres sean pioneras morales obligadas y forzadas a juzgar la calidad de sus fetos y a decidir si éstos entran o no en la comunidad humana. Tener hijos sanos se plantea como un objetivo de las mujeres y sus familias, pero es ante todo un proyecto de las sociedades capitalistas con viejas

raíces en las políticas eugenésicas de las que son continuadoras y a las que el MMH siempre ha respondido y respaldado (Ibidem:55). La organización social para mantener la salud y la lucha contra la enfermedad es interés del Estado, de forma que se *“garantice la supervivencia del trabajador y su familia, es decir, que contribuya a la reproducción y a la productividad de la mano de obra”* (Menéndez, 1984:10). Evitar seres no productivos es una decisión política cuya necesidad se ha interiorizado como personal y que pasa por el control y sometimiento de las mujeres. Las semejanzas interculturales en las prácticas de la selección de la vida están muy próximas.

2.4. Itinerarios asistenciales complementarios

Aunque como hemos repetido, hoy la atención al embarazo está bajo control absoluto de la medicina, aún siempre quedan resquicios para la autogestión o activación de otras formas de atención que hemos considerado complementarias. En este apartado recogemos aquellas otras prácticas que las mujeres movilizan con la finalidad de ser reconocidas como agentes sociales activos en la gestión y toma de decisiones sobre su salud. Entendemos que todas las mujeres participan activamente en el mantenimiento de su salud tanto cuando usan o rechazan los servicios médicos, como en la búsqueda y activación de aquellos otros recursos complementarios.

El autocuidado da comienzo antes de ponerse en marcha el sistema institucional de atención ya que este no se inicia hasta la décima semana de gestación. La atención se lleva a cabo en el propio núcleo doméstico desde la ausencia de la regla. Las mujeres introducen modificaciones -si proceden- referidas a la alimentación, dejan o reducen los tóxicos, o cambian la dinámica del ejercicio/descanso o la sexualidad. Este autocuidado se mantendrá a lo largo del embarazo con prácticas de atención al cuerpo tanto por dentro como por fuera. Ponerse cremas o aceites en la barriga es, por ejemplo, una práctica generalizable que realizaron todas las mujeres entrevistadas. Unas comienzan desde los primeros meses y otras esperarán más adelante, relacionado esto con diferentes formas de pensar y representar el propio cuerpo.

Durante el embarazo se toma mayor conciencia del cuerpo y la escucha de sus necesidades se presenta como el indicador que marcará las pautas. Algunas redujeron o anularon las relaciones sexuales como medida de protección al embrión y otras sustituyeron el ejercicio físico intenso por otro más suave o por la práctica del yoga

que ellas destacan por los beneficios terapéuticos que se le atribuyen, tanto durante el embarazo, como para el parto. Tres de las mujeres cambiaron el gimnasio por el yoga y otras dos lo practicaron de forma autónoma. Algunas no sintieron ninguna necesidad de hacer ejercicio.

Puesto que, como hemos afirmado, el control médico se define como “lo que hay que hacer”, no seguir sus dictámenes se vive como transgresión a este sistema. Por ejemplo para Laura y Paula entrenar y hacer deporte, fueron actividades que, aunque reduciendo el esfuerzo, realizaron durante todo el embarazo ya que el ejercicio es parte de su forma de vida. Pero esto no pudo ser expresado ni compartido con los/as profesionales. Así lo explican Laura y Josep:

“Josep: Comenzamos a otro ritmo y adaptando. Llevamos tres meses así y él (médico) se piensa que aún estamos caminando.

Laura: Si, él ya no dijo nada más, cuando voy me dice: tu continúa como hasta ahora... ¡pues vale! Yo continúo y no digo nada”

Cuando las mujeres introdujeron cambios, los contrastaban a través de los resultados de las pruebas que se les realizaba y de las opiniones médicas, haciendo suyo el saber profesional:

“Laura: Yo le llevo las analíticas... y están bien, mira al niño en la ecografía, y está perfecto, entonces me dice... estás super bien de hierro; de todo, pero ¿por qué estoy bien? porque me tomo...”

Josep: Si, porque hace dos o tres meses dijo: no tomes más hierro...

Laura: Y yo no lo he dejado de tomar ¡solo faltaría eso! A mí me va muy bien el hierro. Me recomendó hacer una dieta... que la tiré porque claro ¿por qué me tiene que dar una dieta? Yo ya como lo suficiente ¡y no es que le contradiga! Pero yo me conozco muy bien mi cuerpo y... sé muy bien como responde”

Las mujeres plantearon otras prácticas que consideramos de resistencia que fueron desde actitudes de rebeldía: *“Me dicen que no coma bollería y ahora tengo obsesión ¿qué voy a hacer? No voy a estar sufriendo porque esa mujer –la matrona- me haya dicho que no coma. No me estoy de nada”* (Cristina), hasta pedir los documentos originales de los resultados: *“Es que no tengo intención de dejar mis papeles allí”* afirma Clara, que también duda de ir a los registros de la última etapa del embarazo y que finalmente no fue: *“Porque no hemos estimado –junto con la pareja- que fuera necesario”*. Hemos observado que las matronas, cuando detectan el no cumplimiento, se sienten molestas y lo toman como una cuestión personal. Así se desprende de esta expresión que recogimos: *“¡A mí me van a engañar! Esta está haciendo lo que la da la gana ¡Pues que no las calo yo!”*.

La tendencia más generalizada en la autogestión de los cuidados fue la de evitar los medicamentos farmacológicos por considerarlos más negativos. Así, Ana, ante un resfriado tomaba zumo de naranjas y miel aunque el médico le había prescrito un medicamento. También algunas cambiaron la prescripción del hierro que se obtiene en las farmacias por otro de herboristería, otras no tomaron nada aunque aparentaron que sí y fue habitual que, antes de utilizar un fármaco, revisaran el prospecto tras lo cual, podían decidir rechazarlo o no. La praxis de la automedicación es estructural al modelo de autoatención (Menéndez, 1990), y se relaciona no sólo con el consumo de productos farmacéuticos sino también con aquellos de herboristerías u otros preparados o alimentos con la misma finalidad. Es esta última forma la que más utilizaron.

Algunas mujeres tanto de la asistencia pública como de la privada necesitaron ampliar la atención que recibían. Dos de las mujeres con seguro público ya vimos más arriba, decidieron “ver” en más ocasiones el estado y evolución del feto y acudieron a los servicios privados para hacerse ecografías. Otra utilizó estos mismos servicios profesionales de un familiar y la última acudió a amigos de la familia –médicos- en su necesidad de asegurar que, tras la amniocentesis, la criatura gestada no tenía problemas. Los/as propios/as profesionales se brindan a facilitar y complementar los servicios que las mujeres plantean bien sea en una relación de amistad o de clientela.

De la atención complementaria la más consumida fue la homeopatía que Marina y María, con una ideología naturista, utilizaban sistemáticamente antes del embarazo y no lo dejaron durante este. Clara y Mónica lo hicieron de forma más esporádica. También Marina, que estudiaba acupuntura, se trató de esta forma y acudió a una fisioterapeuta para hacer ejercicios y masaje que la prepararan físicamente para el parto. Con el mismo objetivo, Clara y María, residentes en Barcelona, realizaban visitas periódicas con el equipo de parto en casa y encuentros semanales en grupos para preparar el nacimiento fuera del hospital. María por otro lado, acudió a danza y canto como medidas terapéuticas para embarazadas y forma de diversión.

Que las mujeres embarazadas son agentes activos respecto a decidir sobre su salud nos dieron claros ejemplos tres de aquellas que utilizaban las mutuas. Por un lado Anna decidió tener un parto en el hospital sin la presencia del médico y, en vista

de que él no se oponía, dio todos los pasos para conseguirlo. Se puso en contacto con la matrona del hospital y juntas lo prepararon, aunque eso sí, ahora ya con el consentimiento del médico. Roser estaba siendo dirigida por el médico hacia un nacimiento por cesárea¹¹⁰. Ella y su pareja analizaron la situación y optaron por un parto vaginal; para ello tuvieron que ponerse en contacto con un hospital público al que trasladaron todo su historial clínico en las últimas semanas del embarazo. Finalmente Mónica deseaba que su parto fuera por cesárea¹¹¹ y, como el médico de Tarragona no se lo garantizaba, acudió a una clínica privada de Barcelona que, tras diversas pruebas que justificaron su deseo, se lo aseguraron. Las tres mujeres consiguieron cumplir unos proyectos que no estaban en la línea del recorrido marcado previamente.

Vemos que las prácticas de autoatención conformes o no con las teorías médicas son habituales entre las embarazadas. El que las mujeres realicen recorridos complementarios está relacionado con múltiples factores que tienen que ver sobre todo con la disponibilidad económica, aunque no siempre. También influirá el lugar de residencia puesto que las ciudades grandes ofrecen más posibilidades que las pequeñas y, finalmente, puede estar relacionado también con la personalidad e ideología de cada cual. En general, los/as profesionales sanitarios aceptan las prácticas o recorridos que están dentro de la línea marcada por las definiciones de la medicina oficial; el resto son estigmatizadas o la comunicación puede dar lugar a relaciones conflictivas. Esto entendemos que responde a la tendencia del MMH a la exclusión de otros modelos de atención, aunque no se puede generalizar a la práctica de todos/as los/as profesionales, puesto que también en este colectivo se están produciendo cambios.

2.5. Reflexiones finales

Los contenidos de este bloque se complementan con lo expuesto en el anterior. Hemos visto que las mujeres embarazadas deben ser puestas bajo el control y en estos encuentros, según sus relatos, son poco informadas sobre aspectos que les interesan y se sienten menospreciadas e infantilizadas con la percepción de “no saber”. Ellas no saben, pero los/as profesionales sí, y parece que el embarazo fuera

¹¹⁰ Esta tendencia respondía en nuestro estudio a la disponibilidad del tiempo médico, y puesto que la fecha y hora de la cesárea puede ser controlada.

¹¹¹ Analizamos los razonamientos que respaldan este deseo en el capítulo 4: “La autopercepción de no saber”

una cuestión de interés personal de obstetras y matronas que vigilan para que las mujeres cumplan con lo que el sistema dicta. Las mujeres como sujetos parecen desaparecer en esta relación y el interés se pone en una parte del cuerpo: el útero albergador de la criatura.

Con el objetivo de la promoción de la salud en el embarazo, las matronas tienen la función de educar y formar a las mujeres, aunque éstas exponen insistentemente que no son escuchadas en lo que ellas necesitan y, la información que reciben es aquella que las matronas tienen protocolarizada. Así también se llevará a cabo el curso de la preparación para la maternidad que es el prelude de adoctrinamiento para la adaptación al parto según la definición médica.

De estas relaciones nos podíamos preguntar por qué las mujeres cuestionan en su mayoría con más facilidad el hacer de las matronas que el de los médicos. La respuesta consideramos que es multifactorial y con connotaciones de género. Por un lado hemos mostrado que el número de encuentros con estas profesionales triplican a los encuentros médicos en la asistencia pública, con lo que las quejas pueden verse aumentadas; también, que sus funciones son menos valoradas puesto que se ocupan de temas del “exterior del cuerpo” cuyo saber hasta hace no muchos años eran de la propiedad de las mujeres en general como: qué comer, engordar o cómo cuidarse. Pero consideramos que un aspecto influyente puede ser la actitud que muestran las matronas en su relación con las mujeres. Son encuentros de mujeres con saberes que todas más o menos pueden manejar, con lo que, en vez de compartirlos en una relación de consenso y aprendizaje, las matronas se identificaron con el modelo de poder experto para hacer valer su saber, que tienden a imponer sin considerar o desvalorizando el saber de las mujeres.

Otra explicación complementaria a las anteriores es que es más fácil hacer una crítica a quien tiene menos poder. Quien está arriba es menos accesible, su saber ya no es compartido y las gestantes lo necesitan. Sumado a esto, en nuestro estudio es un hombre quien realizó la mayor parte de las ecografías y sus características personales y profesionales son positivamente resaltadas por muchas mujeres. Ser hombre da poder, es “la palabra del padre” que tradicionalmente se ha presentado como la verdad y se ha obedecido sin cuestionar.

También hay que contar que las consultas de mutuas han sido llevadas por hombres/obstetras, que se trata de atención privada en la que hay más tiempo para explicar o resolver las dudas que presentan las mujeres y sus parejas, y que siempre es la misma persona quien les recibe, mientras esto no se puede dar entre las matronas que trabajan siempre en la asistencia pública. Pero llama la atención que tres de las cuatro mujeres de mutuas cambiaran sus proyectos de parto en el transcurso del control del embarazo, lo comunicaron a los obstetras, se les respetó la opción y consiguieron lo que se proponían. De esto deducimos que los médicos consideran de forma diferente a las usuarias que acuden a su consulta privada, aunque esto no podemos afirmarlo taxativamente porque no hemos podido observar a todos los médicos en ambos ámbitos de asistencia. Así, en nuestro análisis existen diferencias de representabilidad entre hombres y mujeres, entre médicos y matronas y lugares de asistencia, pero hoy es la situación real que tenemos en nuestro contexto de estudio.

3. LOS CUERPOS GESTANTES

El cuerpo, además de su naturaleza física, es ante todo una construcción social (Le Breton, 2002), resultado de unas teorías y prácticas culturales e históricas determinadas. El cuerpo es portador de símbolos y representaciones que le asignan su condición dentro de la sociedad. Las formas de interpretar los sucesos biológicos del cuerpo, las figuras que lo representan, hablan de una determinada manera de entender la realidad, dar sentido y reproducir el orden social establecido. La cualidad biológica del cuerpo gestante es un excelente espacio para la observación de las representaciones que a su alrededor se han construido y cómo a través de ellas se redefinen las características atribuidas a las mujeres y el refuerzo para el mantenimiento de los intereses y valores sociales. Así, el cuerpo embarazado es portador de un variado mosaico de valores y símbolos con los que adquiere una nueva dimensión personal y social en respuesta a su función procreadora. Todo girará en función del cuerpo; cuerpo gestante y cuerpo encarnado del feto; cuerpo que contiene y aquel que es contenido. A través del análisis interpretativo de las aportaciones y vivencias sobre todo de las mujeres, pero también de las opiniones de matronas y médicos, queremos examinar cómo las representaciones están inscritas en las experiencias sociales de los cuerpos.

Tomar estas ideas como si fueran apartados estancos, responde a la necesidad de operativizar los datos porque, ninguna representación tomada aisladamente tiene valor o abarca por sí misma toda la cultura si no fuera por su relación con otras y con las prácticas, acciones concretas que hemos visto las acompañan y las sustentan. Todas las ideas, valores y símbolos analizados en este apartado forman parte de los universos simbólicos del nacimiento que se presentan en nuestro territorio.

En el primer apartado analizamos los relatos y las experiencias de nuestras/os informantes, comprobando cómo perdura la concepción cartesiana del cuerpo en su funcionamiento autónomo. “Naturaleza y tecnología” aparecen unidas para conferirle la capacidad de trabajar de forma espontánea y automática, independientemente de la intención de su “propietaria” en la producción de una criatura. En el segundo apartado nos centramos en lo que llamamos la transferencia bidireccional que establece entre la mujer y la criatura y de la que proponemos dos lecturas. En la primera, la mujer transfiere al feto los elementos necesarios para su formación, -“cuerpo sospechoso” y

“cuerpo responsable”- y en la segunda, es el feto quien transfiere al cuerpo de la madre -“cuerpo okupado”-. Otras posibilidades son las que se refieren a las previsiones de mujeres sobre la transformación del cuerpo o -“cuerpo sentido”, “invisibilidad del embarazo” y la “encarnación tecnológica de la experiencia del cuerpo” que trataremos en el tercer apartado. Finalmente, dedicaremos un último apartado a lo que socialmente se manifiesta hacia el cuerpo de las mujeres embarazadas o “la mirada social del cuerpo”.

3.1. Cuerpo, naturaleza y tecnología

El esquema del cuerpo femenino implícito en los discursos médicos ha estado y está caracterizado por una concepción biologicista desde la que se concibe un cuerpo esencialmente preparado para la reproducción a la que “naturalmente” responde como si de una máquina se tratara. Este cuerpo-máquina está manejado por un código ordenado de señales que se emiten desde el cerebro al sistema hormonal, órgano que ordena y controla todo lo demás (Esteban, 2001:28). El embarazo se presenta como la consecuencia lógica y naturalizada del buen funcionamiento del organismo y del equilibrio hormonal, como así lo afirman Cunningham et al (1998:14). Esta ideología aparece reflejada en la relaciones que se establecen entre las mujeres embarazadas y los/as profesionales en las que, aunque no se hace una alusión directa al “cuerpo tecnología”, sí se alude positivamente a la respuesta biológica del organismo en su tendencia natural “automática” hacia la gestación.

Estas ideas están interiorizadas y las mujeres responden a ellas de diferentes maneras. Así, Mónica retrasó su embarazo hasta los 34 años y señala que su cuerpo *“ya deseaba quedarse embarazado. Que tenía el cuerpo con gana; yo creo. De decir: ¡venga, ya toca! ¿no?... lo ha aceptado perfectamente”*. Y esto como manifestación de que no ha tenido ninguno de los síntomas o molestias habituales *“¡ningún problema!, sin una arcada ¿sabes?, nada, nada, nada”*. En el embarazo las hormonas se presentan con un mayor potencial de influencia y protagonismo, como apunta esta matrona:

“La mujer diríamos que está en un estado en que... está muy receptiva..., hormonalmente tiene unos cambios hormonales que también...la embarazada se siente en sentido emocional... pues que tiene unos cambios y ella no... no sabe controlar lo que la está pasando...” (Mt.2).

El cuerpo “dominado por las hormonas puede hacer de las suyas”, como alterar el carácter inexplicablemente y de manera que la mujer no puede evitarlo. Así, Alicia dice que tiene rachas de mal humor con su marido y con su madre que no puede controlar, aunque después se sienta mal. Ella dice: *“Yo creo que es cuando antes me tenía que venir la regla... es el tiempo ese... o esa semana”*. En la misma situación se encontró Mónica: *“Es cuestión de las hormonas... ya se lo he dicho al médico y dice que es normal, que las hormonas se alteran”*. Los cambios hormonales pueden cubrir diversas funciones en la vida de las mujeres, ya que además de que puedan o no influir en el carácter, el hecho de que este supuesto sea aceptado socialmente permite a través de él poder liberar sentimientos que de otra manera no se admitirían. Por ejemplo, Anabel dice que no quiere ir a trabajar. Es dependienta y desde que está embarazada la jefa la trata de *“forma diferente”* que ella interpreta como peor. Está deprimida, llora y tiene muy mal humor que descarga en el trabajo y puntualiza: *“No es que sea sólo el cambio hormonal... la primavera o no sé que ha sido... pero yo también echo la culpa a la jefa”*.

Algunas mujeres, también aquellas que expresan el discurso de la influencia hormonal, pueden sentir el cuerpo como una máquina perfecta haciendo referencias a cómo si en el embarazo se pusiera de manifiesto que el cuerpo fabrica una criatura de forma autónoma y respondiendo a unas leyes naturales. Hablan con admiración: *“¡Qué máquinas somos! (Alicia); Angels dice: “Que estamos hechas para el nacimiento, el cuerpo de la mujer está hecho para eso... Yo siempre he pensado que el cuerpo es una máquina perfecta”; y añade que, “siempre que lo tengas bien cuidado el cuerpo funcionará bien”*. A este cuerpo máquina se une su naturaleza autónoma en la fabricación del feto. Alicia expresa con asombro: *“¡Yo no he hecho nada! ¡No he hecho nada! He comido normal, y mi hijo ¿de qué se alimenta?... Yo creo que tampoco le haces tú, es la naturaleza”* y Alba: *“Es que esto de la naturaleza es una pasada, te da la sensación de que es imposible que esté aquí ¿no? Los relatos de estas mujeres nos traen imágenes contrapuestas pero complementarias. Conciben el “cuerpo-naturaleza” con un funcionamiento ordenado y programado tan perfecto como el de una máquina. El cuerpo responde “naturalmente” hacia la procreación y, aunque se utiliza la metáfora de la máquina, en su funcionamiento no ha habido necesidad de intervención. Lo natural, en este caso, es positivo por su respuesta ordenada comparada con lo tecnológico.*

Las referencias al cuerpo-naturaleza son frecuentes y algunas hacen alusión al “instinto”. Se le supone al cuerpo un saber instintivo que va más allá de la comprensión y voluntad de la mujer que lo posee y en la que, en general, se confía: *“Es que la naturaleza es sabia... por algo son nueve meses”* afirman Alba y Cristina. Cuerpo, biología y naturaleza autónoma se unen en el embarazo reforzando la imagen de las mujeres como hembras reproductoras, destino al que parece todavía algunas se sienten sujetas: *“Un ideal, una cosa que hay que hacer por naturaleza”* (Cristina).

Estas propiedades del cuerpo-naturaleza en su capacidad reproductora, son vividas como positivas por la mayoría de las mujeres del estudio¹¹², es más, las palabras de Paula muestran agradecimiento: *“Todo esto –el embarazo- nos lo da la naturaleza y, de alguna manera, me irá guiando”*. Se espera que la naturaleza siga haciendo su trabajo que se representa como señal del buen funcionamiento y, por lo tanto, del adecuado crecimiento fetal. Parece como si siguiera vigente el paradigma médico en el que el embarazo se presenta *“como la única consecuencia lógica del funcionamiento de todo el sistema”* (Esteban, 2001: 29), y la menstruación como *“una evidencia indiscutible del fracaso de la fertilidad”* (Cunningham et al, 1998: 13).

Por otro lado, en la representación de un cuerpo que responde ineludiblemente a la biología, se apoya la desvalorización de la reproducción por su connotación de “natural”. El acto reproductivo en opinión de Sherry Ortner (1979), por estar asociado a la naturaleza¹¹³, es menos valorado que las creaciones culturales que se entiende general *“objetos relativamente duraderos, eternos y trascendentes, mientras que la mujer sólo crea algo perecedero”* (Ibídem:117). Bryan Turner (1989) recoge este supuesto y lo relaciona con la división sexual del trabajo para afirmar que, en esta asociación mujer/naturaleza, *“los roles sociales de las mujeres (...) llegan a ser vistos como inferiores a los roles sociales desempeñados por los hombres”* (Ibídem:151). Así, la procreación, tradicionalmente envuelta en la ideología de acto natural, no llega a ser considerada trabajo (Narotzky, 1988).

El embarazo sucede en el cuerpo de las mujeres aún sin su participación o voluntad y para ello no ha sido necesaria su preparación o formación. Revisando esta

¹¹² Este resultado coincide con lo encontrado por Esteban (2002:139) quien afirma que las mujeres reivindican lo “natural” como positivo asociándolo sobre todo a lo espontáneo.

¹¹³ La teoría de Ortner ha sido objeto de crítica al no reflejar la totalidad de las culturas. Nosotras utilizamos aquí los opuestos naturaleza/cultura como propone Henrietta Moore (1996:34), para el contexto social occidental.

idea en las entrevistas y contrastándolo con las opiniones de las mujeres vemos que se da más en aquellas que hasta el momento de la entrevista no se han presentado molestias ni alteraciones. Cuando el embarazo repercute limitando de alguna manera las costumbres cotidianas, la percepción cambia. Ahora sí están tomando parte activa en la construcción-formación del feto. Su participación es material y se puede medir: hacen reposo, dejan actividades, toman medicamentos, cambian la alimentación o dejan hábitos tóxicos, entre otros. Esto les supone esfuerzo y la necesidad de aprendizaje como iremos apreciando a lo largo del análisis.

3.2. Transferencias de los cuerpos

Las mujeres engendran una vida humana en sus cuerpos, situación que las pone en el punto de mira social ya que, a través de este proceso garantizan la pervivencia del grupo. En los países industrializados, a la formación de un nuevo ser se supone que requiere de unos cuidados tanto por parte de las mujeres como de los/as expertos/as y este “cuidar” pasa por poner bajo control el proceso de gestación, esto es, a las mujeres gestantes. Los/as expertos/as vigilan las funciones de los cuerpos en un intento de subsanar sus “fallos” con el objetivo de asegurar la salud del feto, con lo que se convierten en “cuerpos sospechosos”. También las mujeres introducen prácticas sobre el cuerpo con el mismo fin: es ahora el “cuerpo responsable”. Además el cuerpo está sujeto a la influencia del nuevo ser que, progresivamente en su crecimiento, va imponiendo su presencia para pasar a ser un “cuerpo oKupado”. Estas tres funciones estarán siempre definidas en función del feto.

3.2.1. Cuerpo sospechoso

Por el control y vigilancia de que son objeto, parece que los cuerpos de las mujeres presentan para la obstetricia la duda de si saben o no realizar sus funciones. La desconfianza respecto a los cuerpos gestantes conforma la sospecha de un cuerpo-máquina productor que presenta habitualmente fallos en su funcionamiento o que, por diferentes circunstancias, no responde adecuadamente a sus funciones creativas. Bajo estos auspicios, se institucionaliza la necesidad del control del cuerpo como así lo asegura este médico: *“Nosotros estamos para detectar lo que está yendo mal (...) Confirmar las sospechas que nosotros tenemos”* (Dr.1). Y la mirada se dirige hacia un cuerpo pensado como a) deficiente, b) con poder para generar riesgos y c) imprevisible e inestable en sus funciones.

a) **Cuerpo deficiente:** El cuerpo es sospechoso de presentar insuficiencias. En la actualidad, a todas las mujeres embarazadas se les prescribe la ingestión de suplementos porque se supone que el cuerpo no los produce en la medida que se figura requiere el feto. Por ejemplo, son habituales estas prácticas: *“Me dieron hierro y vitaminas. Ya hasta el final del embarazo”* (Cristina), y la matrona le informó de que *“las vitaminas no se pueden dejar de tomar en todo el embarazo”*. A este respecto uno de los obstetras afirma:

“La mayoría de los casos sí que es verdad que el hierro lo damos de una manera profiláctica, es decir, pues la anemia de las embarazadas es una anemia medio fisiológica, en todos los casos, pero tú intentas que llegue al final del embarazo lo máximo... fuerte posible. Yo creo que en todos los casos no es necesario, pero bueno, llegan más altas al momento del parto que es lo que particularmente me interesa” (Dr.1).

Parece que las posibles deficiencias están más relacionadas con formas individuales de interpretación médica y las tendencias a la apropiación del embarazo como asunto personal. Se capta que en muchas ocasiones estas supuestas carencias no se reflejan en los resultados de los análisis, pero se prevé que pueden aparecer en algún momento¹¹⁴. Así, otro de los médicos informa: *“No está en protocolo, pero en el segundo trimestre se lo damos a todas ¡a no ser que estén con un hematocrito de 40!”* (Dr.2). Estos puntos de vista traspasan el ámbito de la sospecha convirtiéndola en realidad. Si todas las mujeres necesitan suplementos se entiende que el cuerpo es incapaz de generar aquello que necesita para cubrir las funciones de la gestación, y las mujeres interiorizan este discurso como una necesidad real y sistemática del embarazo, como se percibe en esta otra explicación: *“Ya dicen: yo me tomo esto... pues no hace falta que te tomes lo otro... si no hay ningún problema.... Lo importante es que tomen algo”* (Dr.1). A todas las mujeres se les indicó suplementos de uno o varios productos, en la idea de que todas deben presentar unos resultados similares en las analíticas y como reflejo de una ideología que sigue estandarizando el funcionamiento de los cuerpos de las mujeres, como si de máquinas uniformes se trataran.

b) **Cuerpo como generador de riesgos:** la desconfianza médica en los cuerpos maternos como vimos en el apartado teórico sobre el tema, parte de considerar que,

¹¹⁴ La práctica de recetar estos productos va más allá de si son o no necesarios, encontrándose variaciones en los diferentes centros.

aunque el embarazo es un proceso fisiológico, puede presentar riesgos. Así se afirma en esta opinión en la que no hay lugar a dudas:

“Hoy día, efectivamente ¡nadie tiene conciencia de los que están embarazados que su mujer corre peligro! (...) todo el mundo sabe que puede tener un problema en el embarazo, y sin embargo, se siguen quedando embarazadas. Quién quiera quitar riesgos del embarazo ¡pues no se debiera quedar embarazada!. (Dr.1).

Pero hay matices:

“Es potencialmente un riesgo. Obviamente, es una situación que te puede acarrear muchos problemas; en la mayoría de los casos no, pero es una situación potencial que abre posibles riesgos” (Dr.1).

Y las prácticas del control prenatal se convierten en una insistente comprobación sistemática en la búsqueda de riesgo:

“Se hacen muchas pruebas, de las cuales muy pocas dan positivo; es decir, estamos machacando a la embarazada para detectar un pequeño grupo de gente que tendrá más riesgo (...) Las tenemos mareadas para decirles al final: bajo riesgo. Para un 85% de señoras no es necesario, pero para un 15% sería conveniente” (Dr.1).

Entendemos que la concepción del riesgo omnipresente responde a la inculturación de la formación en medicina. Todo supone un riesgo y es el médico el encargado de encontrarlo como se afirma: *“Nuestra parte, sobre todo la de los médicos, es intentar detectar con los medios que se disponen actualmente, cuando hay cosas que alertan!” (Dr.1).* La insistente búsqueda de las supuestas alteraciones hace aumentar en las mujeres el sentimiento de que su existencia es real (Bestard, 1996). El cuerpo oculta según estas ideas un riesgo imprevisible e irreconocible por la propia mujer que sólo los/as técnicos/as están capacitados/as para identificar. La desconfianza respecto al cuerpo aumenta, de forma que *“te llegas a creer que estás en peligro”*, afirma Marina:

“Tantas pruebas... yo no creo que den seguridad, en vez de seguridad dan miedo, creo yo (...) dan seguridad al médico, pero tú no tienes ninguna. Si no estás tan controlada lo vives con más naturalidad ¿no? Con más seguridad en ti misma”.

Otro ejemplo lo representa la opinión de Mónica: *“Ahora es que tengo miedo porque como me salió eso de la amnio y tal... pues psicológicamente me ha afectado... entonces estoy un poco miedosa...”*; y Cristina se pregunta: *“¿Para qué tanta ecografía? Y si no crece ¿qué van a hacer?”* Entendemos que la representación que

el sistema médico hace del riesgo disminuye o anula la confianza de las mujeres en sus cuerpos, además de que las expropia de sus saberes o iniciativas en relación a las prácticas y vivencias de sus cuerpos, ya que se entiende que ellas no están capacitadas para detectarlos y que, por otro lado, les supone una continua y real amenaza. Este miedo de saberse siempre en peligro expresado o no por las mujeres, da poder a quien tiene los recursos para detectarlo y eliminarlo, y por ello se les pone bajo el control normativo de los/as expertos/as.

El riesgo así interpretado forma parte de la cultura médica en la que se incluyen las matronas aunque estas profesionales respondieron que *“el embarazo es un estado totalmente fisiológico de la mujer”* y Mt.1, como vimos en sus discursos anteriores, lo presenta como una prolongación de las tendencias sociales:

“Yo creo que en esta sociedad se implanta como un proceso casi patológico, como una enfermedad diría (ríe) ¡y no es una enfermedad! (...) Parece que vayamos a buscar todas las alteraciones en vez de promocionar (la salud) y que se viva de una manera lo más normal, lo más fisiológica posible” (Mt.1).

Las representaciones de normalidad del embarazo por parte de las matronas no parece incidir en la población porque, aunque teóricamente algunas opinan que no hay riesgo, en la práctica lo utilizan en la misma dinámica que el modelo médico. Es interesante señalar que el análisis que planteamos no tiene como objetivo valorar porcentajes de presencia de riesgo -que como hemos visto no alcanza a todas las mujeres-¹¹⁵, sino el cómo se ha generalizado su presencia y es representado de forma estandarizada sin considerar aspectos individuales de cada mujer y con el sólo interlocutor de la medicina.

c) Cuerpo imprevisible. Un último apartado que completa el ámbito de la sospecha es la concepción de un cuerpo imprevisible e inestable que puede presentar sin previo aviso o caprichosamente, una situación desordenada, suponga o no riesgo para la mujer o para el producto de la gestación. Esta ideología responde a la tendencia del sistema médico de hacer una lectura negativa del cuerpo femenino y que, siendo interiorizada por las mujeres, promueve de nuevo su desconfianza en el cuerpo, ya que *“no sabes nunca como puede reaccionar... tu cuerpo”* (Cristina). Porque, como afirma Dr.3: *“La obstetricia tiene complicaciones potencialmente muy graves y se pueden presentar de una manera inopinada”*. Las fronteras del riesgo se

¹¹⁵ Uno de los médicos afirma que las estadísticas te dicen que *“una de cada 10.000 mujeres tendrá un problema gordo”* (Dr.1)

han ampliado para incluir en su definición como situaciones de riesgo a las anomalías físicas o neurológicas. Cristina, ante la recomendación de realizarse la amniocentesis busca en su cuerpo la respuesta al desorden por la alta presencia de proteínas que tras los resultados de las analíticas la aconsejan:

“Ésta estaba normal, pero luego hay otra que me dicen que está muy alta y claro, ¿a qué se debe esta proteína? ¿Habrá otras causas? Por ejemplo, que yo produzca más de esta proteína... También la alimentación, o tu propia naturaleza...” (Cristina).

Anabel plantea la siguiente duda: *“Había llegado al punto de decir ¿a ver si la pobre criatura no está creciendo?”*. La interiorización de los discursos médicos de sospecha sobre las funciones de los cuerpos gestantes mantienen el recelo de muchas mujeres, aunque cuando más tomará forma esta idea será en las últimas semanas con los acontecimientos que señalan el inicio del parto. Se sigue apreciando la afirmación que hicimos más arriba respecto a que parece como que desde el sistema médico se impusiera la necesidad de tener las actividades de los cuerpos femeninos controladas y reguladas según un orden que se inscribe en una concepción uniformadora del funcionamiento-máquina de todos los cuerpos. Por otro lado, entendemos que el control responde también al interés político en la necesidad de regulación y apropiación de los cuerpos (Foucault, 1990:125; Scheper Hughes y Lock, 1987:26), a los que normativiza y adoctrina, función que ejerce la medicina manteniendo y reforzando una ideología jerárquica entre quién tiene el poder y quién no y entre quien sabe y quién no. El discurso del riesgo, más allá de sus funciones de prevención, viene a reafirmar el poder médico y el control social e ideológico de las mujeres.

3.2.2. Cuerpo responsable

La percepción de transferencia de la madre al feto se presenta desde el momento que a la mujer se le diagnostica el embarazo y se materializa en el cuidado que pone en valorar aquello que se introduce en el cuerpo y que acepta puede repercutir en la configuración del embrión. En la sociedad occidental se espera que las mujeres pongan interés en el control de los alimentos, pero además, deben proporcionarse un estado emocional favorable, algo que también se supone influirá en la criatura gestada.

El feto se forma a partir de los elementos del cuerpo de la mujer y por ello adquiere una especial relevancia el concepto de comer "sano", que para Paula es:

“Comer mejor (...) comer más verduras y comer más sano... o pensar en lo que como”, o para Roser *“Cada día verdura... pescado, cosas sin grasa...”*. En resumidas cuentas, como afirma Cristina: *“para que el bebé esté bien (...) tienes que poner de tu parte, ¡un hijo no se tiene todos los días!”*. Las mujeres del estudio presentan la alimentación como el principal agente de influencia en la criatura en el que ellas pueden incidir, aunque pueden o no introducir modificaciones respecto a los productos consumidos antes del embarazo por considerar que su alimentación es ya la adecuada. *“Comemos sano, de todo, pero tenemos en cuenta la alimentación biológica y natural, siempre que podemos, claro”* (Marina). Otras como Alicia asegura que come lo mismo que antes.

Otro apartado respecto a los cuidados lo conforman los productos catalogados como tóxicos que hay que evitar; en este caso, el tabaco ocupa el primer lugar. Sólo dos de las mujeres comentan ser conscientes de la transgresión, ya que *“fuman algo”*, y otra hace valer el esfuerzo en su abandono del tabaco frente a su pareja diciendo que él *“no hace nada por la gestación”*. Fumar, por las características de estigmatización a la que actualmente está sometido, es una práctica cada vez menos presente en las embarazadas con mayor nivel de formación, pero no así en las mujeres de un barrio obrero donde vive una de nuestras informantes. El obstetra nos da información de los métodos empleados para fomentar su responsabilidad en el abandono del tabaco:

“Yo he llegado a decirles a las mujeres para asustarles... que la placenta envejece antes... incluso les asusto... les digo que puede haber algún problema con el crío al final del embarazo... que se forman menos células... No les digo que los críos pueden ser menos inteligentes porque eso está por demostrar, pero sí que de alguna manera... ¡y no dejan de fumar a pesar de eso!” (Dr.2).

Este discurso responsabiliza abiertamente a las mujeres de la formación, bienestar y seguridad del feto, sin considerar que este barrio está al lado de un complejo químico en el que la contaminación es elevada. Se responsabiliza a las mujeres, pero no se cuestiona el entorno.

En segundo lugar, encontramos el alcohol, pero esto ya menos significativo en nuestro estudio, dado además por la tradición de que el beber no ha sido socialmente una práctica en las mujeres. Aún así, Laura dejó el poco vino que tomaba porque *“dicen que ahora él coge directamente el alcohol de mi sangre”*. En general, las

mujeres consideran su influencia sobre el feto como un acto de responsabilidad y esto les supone introducir cambios que, como ya apuntamos, se viven como sacrificios que hacen las madres por sus hijos/as ya, antes de nacer: *“Ya me he sacrificado, he dejado de comer lo que me gusta, de beber lo que me gusta... un poquillo más de sacrificio...”* (Cristina); y como una obligación que socialmente se espera que cumplan. No seguir estas pautas puede suponer una amenaza más o menos encubierta porque, como afirma Cristina: *“Es que el bebé lo respira todo... lo que tú haces... después las consecuencias las puede tener él”*; ideología de la que también participan los médicos.

Una última representación de transferencia es la que se supone se establece entre los sentimientos o situación emocional de la mujer y su posible repercusión en el bienestar fetal. Cristina señala: *“Como soy tan nerviosa también lo nota él, eso me han dicho que es verdad, que lo que yo siento, también lo siente el bebé... entonces, lo que procuro es tranquilizarme”*; o Clara asegura que: *“Todo lo que me influye a mí, le influye a él”*.

Todas las mujeres, de una u otra forma, establecen un paralelismo entre su estado mental y la criatura, idea ya descrita en el siglo XVII aunque para dar una explicación a otros hechos (Paré, 1993)¹¹⁶. El delicado sistema nervioso de las mujeres, asegura también Simón Palmer (1985:264), era fácilmente emocionable y podía repercutir en el feto, así se les aconsejaba que durante el embarazo no leyeran novelas ni asistieran al teatro. En la actualidad, muchas obras de divulgación nombran la tranquilidad y relax de la mujer como beneficioso para ella y el feto, y otras se introducen de lleno en los supuestos de la influencia vital e imborrable que puede ejercer la madre sobre el producto de la gestación y su responsabilidad en ofrecer un hábitat seguro y emocionalmente equilibrado. Laura y su pareja por ejemplo, decidieron abandonar este tipo de lecturas porque *“te viene a cada palabra un sentimiento de culpa...”*. El interés en ampliar la información en estos temas, que se traducía en la compra de libros, se dio más entre las mujeres que planificaban el parto en casa y percibimos alguna relación en este sentido en los discursos de las mujeres de mayor formación académica, pero no de forma sistemática o generalizable. Encontramos que el mantenimiento del bienestar emocional de las embarazadas es una práctica social que extiende su implicación a las parejas y familia próxima, como informa Alicia: *“Por eso mi madre no me dice nada que me pueda afectar más... como*

¹¹⁶ Este médico cirujano asociaba la imaginación de las mujeres embarazadas con el nacimiento de criaturas monstruosas.

ella sabe lo que es". También se sintieron cuidadas en los espacios laborales Laura y Paula, posiblemente porque, además de ser empresas públicas¹¹⁷, primaba la presencia de mujeres. Y es que el/la hijo/a hipervalorado de hoy necesita de toda y la mejor disposición física y mental de las mujeres/madres portadoras.

3.2.3. Cuerpo oKupado¹¹⁸

Algunas mujeres perciben la presencia del crecimiento del feto en su vientre con la sensación de ocupación. Cada una lo expresa de formas diferenciadas que van a estar relacionadas con sus vivencias de las sensaciones y síntomas que se manifiestan en el cuerpo. Para el análisis de las representaciones del cuerpo ocupado proponemos dos lecturas: la de parasitación y la de simbiosis. Ambas pueden ser experimentadas y manifestadas de manera puntual o darse como una constante.

El concepto de parasitación en el reino animal nos habla de un cuerpo que vive a costa de otro organismo al que invade: el feto vive del cuerpo de la madre. Roser dice:

"Claro, es que yo pienso,... un problema: que él no crezca; otro problema: que crezca pero que me chupe a mí todo (ríe) y a mí me deja hecha polvo (ríe), pero no, yo me noto bien... tomo vitaminas... tomo hierro..."

Y Anna afirma abiertamente al hablar de una compañera que espera mellizos: *"Pues se ve que se ha quedado en los huesos de lo que la han comido los de dentro, pues supongo que aquí, estará pasando un poco lo mismo"*. Estas son percepciones que las mujeres exponen con bastante asiduidad, aparentemente sin una intención negativa, pero que trae incorporada la figura más representativa de parasitación no deseada: la del Alien, término que han utilizado en varias ocasiones, bien expresado con cariño: *"Ahora se mueve mucho (ríe) ahora es como un alien digo, como en las películas de ciencia ficción ahora va a salir algo de aquí..."* (Anna,). O con muecas de reparo, como Alicia cuando queriendo compartir los movimientos del bebé con su pareja, éste lo rechaza porque *"me da mucha impresión por ti ¿no? Que tú puedas notar eso dentro"*. Mónica hablando de su familia, dice: *"Mi marido... no, no...que se te mueva ahí algo...no, no, quita...como un alien... dice mi hermano pequeño... es como*

¹¹⁷ Esta especificidad es porque en las empresas privadas vimos que les preocupaba la posible disminución de producción de las mujeres gestantes.

¹¹⁸ Utilizamos el término por la similitud entre el movimiento de oKupación, y las vivencias que manifiestan algunas mujeres durante el embarazo. El feto se instaura como un ocupante en el cuerpo de la madre –antes vacío- y durante un periodo temporal.

un alien ahí que se la mueve". También este concepto de alien ha sido utilizado por las/os profesionales.

Cuatro mujeres del estudio describieron los movimientos fetales como desagradables por demasiado fuertes, molestos o imprevistos, o porque se sienten invadidas por un ser que en ellos manifiesta su autonomía. Cristina y Montse opinan que eso de la maternidad no tiene nada de bonito y que esperaban otra cosa. Cristina en su sentimiento de invasión dice que está deseando verla y *"sobre todo, quitármela de encima; de aquí dentro"*. El término "alien" como sensación de parasitación del cuerpo en el embarazo ya fue señalado en el estudio de Esteban (2001:99) y la percepción de invasión trabajada por Imaz (2002:106)¹¹⁹.

Es aceptado por todos/as que una nueva vida se construye a partir de los elementos maternos. La formación del feto además de representarse como un desgaste para la mujer, puede repercutir de otras maneras en él: *"A veces piensas ¡huy! Este niño antes de nacer ya me está dando la lata ¡qué será cuando venga!... porque entre vómitos y tal..."* (Cristina). Y Alicia percibe la gestación como limitante, ha dejado de fumar, de comer algunas cosas, ahora no duerme bien. Montse, por su parte, dice: *"Antes de estar embarazada tenía cintura, me sentía libre; ahora no, me siento atrapada por el niño que tiene que crecer, que tengo que cuidarlo y ya está; no hay más"* en la que se pone de relieve la percepción de usurpación del cuerpo (Esteban, 2001:99). En estas mujeres la experiencia de la gestación no es lo gratificante que se supone; parece más bien un tiempo de cesión, sacrificio y aceptación ante una situación que, aunque elegida, no les aporta de momento, ningún beneficio porque *"eso del embarazo feliz es un mito"* (Montse).

Casi todas las mujeres, en la medida de sus posibilidades, controlan de alguna manera la repercusión que el crecimiento fetal va a tener en su cuerpo y marcan un ritmo. En nuestro estudio Laura manifestó una voluntad férrea en el control de aquello que, aunque se acepte inherente al embarazo no estaba dispuesta a permitir: engordar

¹¹⁹ Imaz hace una lectura un poco más dramática de la invasión del cuerpo. A partir del texto de Beauvoir (1982) presenta el embarazo como una situación de conflicto a la que la mujer se resiste: *"El cuerpo femenino se niega a la especie que la ocupa y domina"* (Imaz, 2002:106), y de la que los síntomas y molestias habituales son su manifestación. En nuestra investigación la exposición de estas expresiones han sido ocasionales y no generalizadas, entendiendo que esto puede ser consecuencia de la mayor tendencia a la elección planificada del embarazo.

por la influencia impuesta del crecimiento de la criatura. Observó la evolución de su cuerpo y cuidó minuciosamente su alimentación. Explica:

“No paso hambre ¿eh?... pues ahora siempre llevo barritas energéticas por si acaso... en un momento dado me la como y se acabó la historia, yo no quiero que... al crío le falte nada por mis caprichos ¿sabes?” (Laura).

Y en otro apartado *“Él (feto) no puede coger grasas de chocolate ni... grasas de no se qué, porque no le doy” (Ibídem)*. Las connotaciones de parasitación pierden su carácter invasivo para situarse en este caso, en un estado de equilibrio controlado desde el cuerpo portador que será quien marca las pautas y sus límites y esto va a estar relacionado con la forma que cada mujer lo viva ya que la expansión del cuerpo embarazado fue gratificante para otras.

Las mujeres expresan lo que podemos llamar beneficios que proporciona la criatura gestada y a lo que nos referimos con la imagen de simbiosis. De nuevo son vivencias temporales e individuales del embarazo. Así, sentirse más guapa o engordar cuando se estaba muy delgada, es manifestado con satisfacción por algunas; también recibir cuidados por parte de la familia o amigos: *“Se ocupan mucho de mi estado físico, llego a una casa y me dejan el mejor sitio, si me tengo que levantar: que quieras, lo que quieras...” (Alba)*. Su pareja explica riendo que ella presume y utiliza al niño (feto). Otras, como Clara viven ilusionadas los cambios del cuerpo:

“A mí me encanta, lo encuentro mágico, cada vez que me despierto ¿cómo puede ser?. Lo encuentro... o sea, mágico, cada vez que se mueve y lo percibo...es que no me cabe en la cabeza... Yo me encuentro muy sensual con mi barriga” .

En general, la percepción de beneficio se manifiesta en menor medida que la de parasitación. Respecto a las necesidades que transmite el feto a la madre en forma de “antojos” sólo hemos encontrado lo manifestado por Alba sobre su utilización del niño: *“Cuando no me apetece algo digo: eso al Joan (feto) no le gusta, o el Joan dice que no lo quiere”*. Dolors por su parte expone que si algo le gusta lo compra y puede pasarse una semana comiendo lo mismo, afirmando que *“antojos he tenido toda mi vida”*. Ninguna de las mujeres ni parejas han manifestado la creencia en el deseo materno de algún tipo de alimentación que, de no cumplirse, pudiera dejar señal en el cuerpo de la criatura. Entendemos que el no darse actualmente la idea de los “antojos” es debido a cambios de valores en la sociedad, una mayor participación en la toma de

decisiones por parte de las mujeres¹²⁰, así como a los cambios económicos y de consumo que permiten cotidianamente el acceso a una gran cantidad y variedad de alimentos en cualquier época del año.

3.3. El cuerpo sentido. ¡Cómo me voy a poner!

Con “cuerpo sentido” nos referimos a las imágenes que las mujeres y sus parejas hacen de aquellos cambios físicos que les suceden como consecuencia de la gestación, materializado más concretamente en la repercusión del aumento de peso. Las mujeres manifiestan, principalmente en las primeras fases del embarazo, ideas, supuestos y conceptos de cómo será el cuerpo embarazado y es ésta la imagen que les acompaña como referente, bien para responder a ella como para distanciarse. Hacerse la idea de esta imagen a largo plazo, les facilita la previsión y aceptación de los cambios próximos. Las mujeres lo expresan así: *“Espero encontrarme inmensa (...) Soy más bien obesa que delgada, por lo tanto, voy a poner muchos kilos, pero ya lo tengo asumido”* (Anna); *“Me preocuparía si... bola por todos los sitios... pero cada uno es su metabolismo. Si mi metabolismo es de ponerme bola, pues no puedo hacer nada”* (Anabel).

Durante el embarazo se acepta socialmente e incluso se espera que, dentro de un límite, las mujeres estén gordas (Wiles, 1996), pero esto no es ningún consuelo para algunas. Las mujeres responderán en su valoración, del mismo modo que lo hacían antes del embarazo, así, Laura siempre se ha esforzado por tener un determinado peso y cuerpo y en el embarazo continuó haciendo ejercicio y entrenando:

“¡Es lo que peor llevo! Porque me preocupó por estar de una determinada manera y ahora no puedo controlar... puedo controlar el peso simplemente, pero claro, es muy limitado (...) De momento estoy controlando pero me preocupa que llegue un momento que... se me vaya de las manos ¿sabes? ¡que empiece a engordar... engordar...! y que no... que no lo domine yo”.

Paula es una gran deportista y ha tenido que dejar muchas de estas actividades lo que supuso una experiencia negativa:

“Ahora me he acostumbrado, te acostumbras, es un cambio traumático. Te ves más gorda, más ancha... ¡aunque estés embarazada! Pero te ves más... y bueno... que te coge de sorpresa... Sí, porque yo pensaba: sí, te engordarás y

¹²⁰ Consideramos que los antojos pudieron ser la manifestación de una forma de resistencia de las mujeres.

tal, pero hasta que no te pasa y te ves... y la ropa... ¡puf!. No me gusta el cambio pero lo tengo asumido ¡a ver! Estoy embarazada y ya está”.

Podemos afirmar que a la gran mayoría, cada una en su medida, les importan los kilos que cogerán en el embarazo y su impacto en la figura, pero el deseo del hijo/a supera este condicionante. Así y todo, una constante que se da es la idea de que el cuerpo “*se estropea*”. En algunas mujeres muchos de los cambios que prevén sucederán se manifiestan como negativos, aunque esto no se contradice con que sean aceptados ya que el avance del embarazo reflejado en el cuerpo es deseado por cubrir la expectativa de su finalidad. En general, mujeres y hombres hablan de “*deformación*” y hemos contrastado que algunas mujeres no ven en el término una connotación negativa sino que dicen es la utilización de una palabra mas habitual que otras como transformación, evolución, etc. Así dice Alba: “*Se me ha deformado un poco la cintura*” y su pareja añade: “*Somos adultos y sabemos que se va a deformar*”. Otra pareja expresa: “*La verdad, es que no se ha deformado tanto como muchas mujeres*” (Dolors); y Laura asegura: “*Verme la barriga, ver que... que el pecho está... que se va deformando todo ¿sabes? A mí no me parece bonito*”. El cuerpo en el embarazo se desmarca de los cánones habituales de lo que se considera socialmente belleza y todo lo que sea salirse de ellos es considerado deformación, término que se acepta como consecuencia del carácter temporal de la gestación.

Algunos cambios son peor tolerados, por lo menos inicialmente, como la modificación del pecho, y más, cuando las mujeres ya lo definían como grande antes del embarazo: “*Lo que peor llevo es lo del pecho. De repente te lo ves caído, tiene forma de biberón... estriado y dices ¡pero bueno! Esto me ha pasado en el tiempo que estoy embarazada, ¡ha sido rápido...! ¡Ha sido un cambio muy radical!*” (Cristina). Y otro es el periodo entre dos y cuatro meses de gestación:

Ton: Está gorda. Parece que no esté embarazada. Hay gente que puede pensar que está embarazada... entonces ella también... por su tranquilidad prefiere que la vean embarazada.

Paula: ¡Claro! Yo quiero que me crezca la barriga.

Ton: Quiere que la crezca pero más que nada por la estética de decir... Si la ven con un poco de barriga dirán: esta está... ¡menudo, parece una foca!

Laura: Es que he perdido la cintura, me he redondeado y si me pongo bikini... se me ve la barriga y deben pensar ¿Se ha engordado o está embarazada? Entonces esto sí me da vergüenza... hasta que no me crezca más...”.

La transformación de la imagen del cuerpo es vivida desde puntos de vista diferentes. Alba manifiesta que nunca se ha preocupado por cómo es su cuerpo; no es

presumida afirma su pareja, y ella añade que: *"Se te van a caer los pechos, te vas a quedar flácida. Pues si tanto te preocupa la estética, no tengas niños"*. Los cambios físicos se presentan como una condición inherente a la maternidad, todas los toleran, pero con matices diferentes que tienen que ver, de nuevo, con la valoración que dan a la imagen social del cuerpo y cómo esto repercute habitualmente en sus vidas. Para Cristina con 30 años el paso a la maternidad es un cambio vital que deja marcas indelebles en el cuerpo:

"Ves que te cambia el cuerpo... ya tienes un cuerpo de madre, dices ¡jólín! Ahora iré a la playa y tendré un cuerpo de madre con barriga (...) No me preocupa, pero piensas... he cerrado una etapa de la vida y en el cuerpo también se nota..."

Contrariamente, Laura con 35 años no tiene intención de permitir que el aumento de peso en el embarazo se imponga en su cuerpo, por lo menos, así lo intenta: *"De momento lo llevo bien porque voy engordando un kilo al mes... lo que no quiero es descuidarme de decir: ¡bueno, luego ya lo arreglo!... No, no... no lo desarreglemos y luego no habrá que arreglar nada"*. Laura refleja el cómo algunas mujeres establecen un control ante aquello que parece ineludible en el embarazo. La aceptación de la gestación no supone el "descontrol" del cuerpo y todas las mujeres lo controlaron en diferentes medidas tanto por medio de la alimentación como del ejercicio¹²¹, respondiendo, como afirma Esteban (1997/98), a que: *"La interiorización y vivencia de un supuesto riesgo de 'descontrol' funciona como un mecanismo de regulación, de autocontrol y control social de sus vidas"* (Ibídem:29).

Las mujeres hicieron diferencias entre engordar en general o que la criatura creciera. Esto último se traduce en la prominencia y visibilidad progresiva del abdomen, como también lo manifestó Marina: *"Me preocupa engordarme más de la cuenta... no por tener barriga"*. Engordar tiene una carga socialmente negativa de descontrol y también es rechazado en el discurso de los/as profesionales en general porque afirman, puede provocar riesgos. Se impone controlar el cuerpo como valor moral y éxito social y, como apunta Uribe (2002), *"para que no se nos confunda con los enfermos, que son socialmente personas que no se controlan y que moralmente son inferiores"* (Ibídem:8). Así se refleja en el discurso de Laura: *"Después de comer, hacía la digestión y luego, cuando pasaban un par de horas iba a andar como una*

¹²¹ Como ejercicio también consideraron el desplazamiento, ir caminando al trabajo, así como aquellas ocupaciones que requirieron esfuerzo físico.

loca, una hora... hora y media... para compensar y así me he mantenido, con lo cual muy bien” y respecto a la comida añade: *“¡En la vida me he portado tan bien! ¡Es que ni un solo extra!”* y para evitar que le pase como a algunas amigas:

“Que las hay pues eso, que con el tiempo van cogiendo forma... el mal andar ¿no? el andar ese... con las manos así... que se les hincha la cara... que se desfiguran... los tobillos así...Que es una cosa antifemenina. Pero claro, todo el día en el sofá tumbada y no hace nada de ejercicio...”

La poco atractiva imagen social de la pereza y carencia de autocontrol (Esteban, 1997/98:39), se recoge en esta opinión y Laura se quiere mantener alejada de ella. Tener un peso socialmente aceptable aún durante el embarazo la aporta satisfacción y la admiración de quienes la rodean y afirma: *“Es que yo no quiero que me compadezcan”*, que nos trae la imagen de la figura del cuerpo en el embarazo como un posible fracaso y sufrimiento que se puede evitar. Pero que la barriga crezca es un signo positivo para todos/as, es más, para Roser, *“Si es una monada (ríe) a mí me gusta mucho... lo he encajado muy bien”*, y se puede enseñar:

“Voy por la calle y se me ve la barriga y con ropa que se me vea la barriga... sí, sí, sin que me apriete, pero que se note. Claro que si ¡no la voy a tener siempre! ¡Hay que lucirla! (Clara).
“A mi me gusta ir ceñida (...) aunque tenga barriga, como lo demás está bien... pues ¿qué pasa?. De hecho Josep dice que por detrás no se me nota nada... por delante ¡por supuesto qué sí! (Laura).

El cómo mostrar el cuerpo públicamente ha evolucionado. La influencia de la religión Católica en su visión negativa del cuerpo, sobre todo femenino, inducía a cubrirlo, de manera que disimular el estado de gestación era elogiado¹²². En él se evidenciaba una relación sexual, práctica que, aunque dentro del matrimonio, debía permanecer silenciada; pero su resultado era ensalzado: la mujer madre. El vestido fue cambiando, dejó sus anchuras y lazos que presentaban a una mujer infantilizada, para ir pegándose al cuerpo con o sin embarazo, pero en su presencia, se puede ir adaptando a la forma de vestir habitual. Enseñar la barriga es una práctica actual reciente que además, viene impuesta por la moda y desde mujeres con éxito social como cantantes o modelos. La barriga hoy forma parte de la belleza.

¹²² Anna, por ejemplo, comentó cómo su suegra expresó en tono positivo: *“Pues a mí no se me notó nada hasta que estuve cumplida”*.

Algunas mujeres gestantes, independientemente de su edad como hemos visto, mostraron la barriga, pero eso sí, en nuestro estudio está relacionado con aquellas que poseen en lo que se considera peso o estructura socialmente adecuada del cuerpo¹²³ y que ya han manifestado antes del embarazo este interés. Hay una estética de lo que se puede enseñar y que coincide con las normas del cuerpo delgado, joven y ágil, que da frescura y dinámica a la imagen del embarazo¹²⁴. Otras mujeres no lo practicaron, bien porque engordaron más, porque no era su costumbre o por pudor y, aunque manifestaran sentirse conformes con su cuerpo, algunas hablaron de disimularlo con la forma de vestir.

Pero mostrar la barriga va más allá de las normas de estética, se trata de “hacer ver”; evidenciar la realidad sin dejar resquicios a la imaginación. La mirada, como ya expusimos en la técnica ecográfica, certifica la existencia de esa realidad. En la sociedad actual, la mirada se ha vuelto esencial en detrimento de otros sentidos, subraya Le Breton (2002): *“Las imágenes convierten el mundo en un relato inagotable (...) introducen lo inteligible o la mirada allí donde reina la incoherencia o lo invisible”* (Ibídem:194). Se trata de pegarse a lo real porque *“la modernidad (...) no tolera la distancia ni el secreto e impone una transparencia, una visibilidad que no debe ahorrarse nada”* (Ibídem:195). Así, mostrar o no responde a valores sociales.

Por otro lado, la experiencia de la transformación del cuerpo en el embarazo fue vivida por algunas mujeres como negativa -aunque aceptada-, y esto no está reñido con mostrarla; pero esta percepción no fue generalizable, es más, muchas se sintieron satisfechas con la nueva forma de su cuerpo gestante. Un aspecto que consideramos interesante aportar es el temor manifiesto de algunas de las mujeres respecto a la influencia que estos cambios podían tener en la relación con su pareja. Al transformarse la forma física habitual, pensaban que dejarían de ser deseadas por ellos:

“Yo sí que lo tengo ¡a ver! Lo tengo de momento, digamos que da miedo que pueda pasar (...) Digo ¡hombre! Pues igual llega un día que estoy tan gorda... con tanta barriga que estoy patosa y que... ¡pues le dejo de gustar! ¡Pues también puede ser!... Espero que no” (Laura).

¹²³ También, lógicamente, con la estación del año.

¹²⁴ No importa tanto la edad como el manifestarse joven en el cuerpo. En el tiempo que realizábamos el estudio (marzo del 2006), pudimos ver publicidad del Servicio Sanitario de la Generalitat donde aparecía una embarazada enseñando la barriga, imagen que, lógicamente recogimos.

Este miedo parece reflejar la idea de lo expuesto por Rose Wiles (1996) cuando afirma que en el embarazo *“el foco de la apariencia física de la mujer cambia durante el mismo y se las contempla de otra manera”* (Ibídem:42). Según Price (1988)¹²⁵ la mirada pasa de dirigirse de la mujer *“seductora”* a la mujer *“reproductora”*.

Así, Marcos, pareja de Dolors dice que la sigue viendo guapa *“aunque no sexy”*; y Marina ha preguntado en muchas ocasiones a su pareja si le sigue gustando embarazada: *“¡Ostras! No me busca por esto... o porque se hace un poco pesado estar conmigo... Sí que me rondaban ideas por la cabeza más de preocupación”*. La amplia gama de vivencias de esta situación pasa desde el miedo a la preocupación o duda; a la observación de las reacciones de la pareja o hasta la tranquilidad absoluta:

“También he leído que tienen miedo de no resultar guapas, atractivas... No me preocupa (...) Si empezara yo a sentirme rechazada o viera que él... me preocuparía, pero me preocuparía por él. Diría ¿qué pasa? Pero intentaría que esto no me afectara a mí, sino qué le está pasando a él que no ve la maravilla de esto...” (Clara).

Bien por el propio embarazo o por la modificación del cuerpo que supone, la sexualidad cambia y necesita de un reajuste en la pareja. Pero es una situación temporal: Laura así lo afirma *“Me lo tomo como una cosa pasajera y ¡tampoco le doy mas importancia!, Porque a ver, tampoco la tiene ¿no? Yo lo he decidido y ya está, no... y adelante... que estoy contenta”*, en la que se prevé el final próximo.

En todas las mujeres se captan dos tendencias que, aunque lo parecen, no son opuestas. Hemos visto la inquietud anticipada ante la previsión de engordar y lo que supone en la modificación del cuerpo, pero, por otro lado, desean que ocurran estos cambios, aunque dentro de un orden y porque reflejan la buena evolución de la gestación. Están dispuestas a prestar sus cuerpos a favor del crecimiento de la criatura y es en su beneficio que se define todo el embarazo, tanto desde una perspectiva personal como en las relaciones sociales y con los/as profesionales.

3.4. Invisibilizar el embarazo. Como si el cuerpo “no estuviera”

Hay una tendencia bastante marcada por parte de las mujeres a expresar la situación de la gestación, por los síntomas que presenta, como un problema o como si de una enfermedad se tratara. Las representaciones analizadas hasta ahora y la evidencia que se desprende de las periódicas revisiones médicas y sus discursos, no

¹²⁵ Price, J. (1988). Citado en Wilkinson y Kitzinger (1996)

lo desmienten. Pero estos síntomas pueden ser ocasionales o hasta estar ausentes; entonces las mujeres emiten también expresiones positivas y optimistas:

Alicia: *"Ni me entero, si no fuera porque crece la tripa..."*

Paula: *"Mi madre dice: es que no... como si no estuvieras"*

Laura: *"Nada, nada... como si no estuviera embarazada"*

Roser: *"Estoy igual que antes, no tengo nada, estoy perfecta"*

Lo que queremos revisar es cómo la experiencia de estar embarazada puede ser invisibilizada. Si el embarazo no da problemas es *"como si no"*, digamos que se anula, desaparece; no hay conciencia de este estado. Para buscar una explicación tenemos los resultados de la investigación de Esteban (2001) quien opina cómo el embarazo puede ser vivido negativamente, *"no tanto por los síntomas en sí, sino por el obstáculo que supone para desarrollar una actividad hacia fuera y la concentración hacia dentro que requiere"* (Ibídem:98). Por otro lado, Le Breton (2002:122) analiza cómo el cuerpo puede ser *"borrado"* en la experiencia de cada día cuando el cuerpo está en salud; esto es, cuando no presenta síntomas y esta tendencia a la inconsciencia del cuerpo afirma el autor, es característica de las sociedades occidentales.

Ambas explicaciones mantienen un nexo. El embarazo puede no dar síntomas físicos molestos con lo que, si su progresión no llega a ser limitante, no debería suponer un problema en el desarrollo de las actividades diarias; pero sentirse embarazada no es banal para la conciencia con lo que los significados de *"estar embarazada"* hacen consciente el cuerpo desde los primeros meses y este *"tomar conciencia"* ocupa un espacio en la escucha *"hacia dentro"* que se resta del tiempo *"hacia fuera"*. En la última etapa la percepción de estar embarazada para la mayoría de las mujeres deja poco lugar al olvido del cuerpo como comenta Nuria y Pere:

Nuria: *"Es como un ligamen tan estrecho... que eres tú misma, claro no puedes... ahora te conectas todo el rato."*

Pere: *"Cualquier cosa que hacemos tenemos que pensar en la barriga... ¿no? entonces claro, tienes que pensar a la fuerza"*

Pero la duración del embarazo, la intermitencia en que se pueden presentar los síntomas o su ausencia hacen que, una vez las mujeres están habituadas a este estado, alguna llegue a *"abstraerse del cuerpo"* en el transcurso de sus actividades diarias; así manifiesta sentirse bien, en salud o *"como si no"*. Esto no fue así para

Cristina que guardó reposo en los primeros meses y acusó molestos síntomas que le impidieron acudir al trabajo hasta aproximadamente el cuarto mes. El resto presentaron diferentes y ocasionales molestias, pero siguieron con las tareas cotidianas, externas e internas –trabajo/casa- hasta bien avanzado el embarazo. Alba, por ejemplo, cogió la baja maternal un día antes de que el parto tuviera lugar afirmando que: *“Yo no me veo, yo hago la misma vida de siempre”*.

La tendencia a la lectura negativa del cuerpo embarazado es lo más habitual, aunque encontramos algunas excepciones. Clara y su pareja reivindicaban la experiencia haciendo la siguiente reflexión:

“Clara: Hay gente que dice que es como si no estuviera embarazada ¡que manera de decirlo más rara! ¿no? Estoy tan bien, que estoy más bien, pero no; como si no estuviera...”

Alex: Pues vaya gracia, si es una cosa de las mejores que te pasan y no te has enterado.... Si no te enteras de esto ¿de qué te vas a enterar? Si ya ni esto lo notas... ¿cómo vives? ¿No?

Clara: Es como ¡hoy he tenido mi primera relación sexual y no me he enterado! ¿ves que bien? Pues vaya gracia...”

Esta percepción creemos que responde a la tendencia ideológica que se da en algunos grupos de mujeres que optan por implicarse y valorar las experiencias del cuerpo y la maternidad, que son vividas como positivas y creativas y plantean un análisis crítico y de resistencia a los discursos médicos y sociales.

3.5. Encarnación tecnológica de la experiencia del cuerpo

Las mujeres son y están condicionadas para interpretar las sensaciones de sus cuerpos a partir de los discursos que se desprenden desde el saber de los/as expertos. Los resultados de los múltiples controles plasman gráficamente su estado, su bien o mal estar y, a partir de ello, se activan las prácticas y recursos socialmente disponibles para dar respuestas e interpretaciones. La experiencia del cuerpo pasa por la definición de la tecnociencia, esto es, lo que dicta que está pasando en el cuerpo, se convierte en realidad. Hablamos de la encarnación tecnológica.

Bárbara Duben (1996) planteó la crítica de la consideración legal de la vida humana *“a un blastema¹²⁶ en forma de mora microscópica”* (Ibídem:88), y cómo esto marca a la persona como madre. La experiencia del cuerpo, continúa la autora,

¹²⁶ Se refiere al óvulo fecundado antes de la nidación.

“deja de ser percepción sensible inmediata para volverse una abstracción sólo legible instrumentalmente (...) que transforma a la mujer embarazada en símbolo eficiente de una nueva forma de mantener la realidad, como interpretación de diagnósticos” (ibidem:95).

La tecnología médica penetra en el cuerpo sacando a la luz señales que serán codificadas y significadas a través de los saberes culturalmente establecidos. Hemos constatado que es esta tendencia a la que responden muchas de las experiencias transmitidas por las mujeres del estudio. Afirmamos que *“están condicionadas”* a vivir y sentir aquello que se dicta desde el control del sistema médico-científico. Un ejemplo lo tenemos en el diagnóstico del embarazo a través de la ecografía que hemos analizado anteriormente y que, para la mayoría de ellas, se ha convertido en la certificación de su existencia: *“Fue la confirmación de que realmente estaba embarazada”* o *“es más real”*, son afirmaciones habituales y sistemáticas en todas las mujeres al inicio de la gestación. Se saben embarazadas antes del diagnóstico de la ecografía y algunas han presentado síntomas en forma de vómitos, mareos o tensión en los pechos, pero la materialización de *“sentirse embarazadas”* sucederá tras la certificación por medios técnicos, como asegura Paula: *“La verdad es que hasta que no me hicieron la ecografía no me hice a la idea de que estaba embarazada”*.

Otro de los campos de intervención técnica es el estado bioquímico del cuerpo: *“Me hicieron una analítica de glucosa y eso, del azúcar y todo bien. De hierro un poco flojita... me estoy tomando hierro... si no lo tomara estaría por los suelos... todo lo demás perfecto, me han dicho”* (Mónica) y posteriormente *“Me dijo que me haría los últimos análisis... de orina por si hay alguna infección de algo”*. Es un discurso en el que se une la desconfianza en el cuerpo al que ya nos hemos referido y el conocimiento sobre su estado a través de los resultados de las pruebas y no, como ya vimos, de los síntomas que pueden expresar las mujeres. Esta dinámica se ha impuesto en los encuentros asistenciales y Anna, como otras muchas mujeres, afirma que necesita de las visitas del médico para *“estar más segura de que funciona todo bien”*.

En otra de las imágenes a las que aluden las mujeres se aprecia que viven el crecimiento del feto a través de las palabras del médico que realiza la ecografía:

“Me dijo que el feto... porque se llama feto ¿no?... Que ya hacía un kilo trescientos... y pico... que notaría el cambio antes de estas cuatro semanas siguientes. Las medidas las tiene todas correctas. De longitud y de todo eso... lo tiene de ocho meses y pico... sí... O no, de siete y pico... de más semanas, de veintinueve semanas” (Laura).

Sea como fuere, es la palabra del médico quien definirá el adecuado crecimiento de la criatura. Afirmamos que *“son condicionadas”* a estas mediaciones en la interpretación por el poder que socialmente se da a estos/as profesionales. Se confía en su verdad que se considera es resultado de su saber y reforzado con el uso de la tecnología, práctica cuyo uso es hoy considerado indiscutible como medio de diagnóstico por los/as propios/as médicos/as. Cristina opina en este sentido:

“Si voy a urgencias y digo que estoy embarazada de cinco meses y que me duele la barriga, estoy segura de que me hacen una ecografía y me dicen: todo está bien, la niña está bien. Se basan solamente en la ecografía; la ecografía es ¡santa palabra!”.

La tecnología se ha impuesto sustituyendo a otros razonamientos. Sólo se dejan ver sus beneficios y, aunque sus resultados no sean totalmente fiables, desde el sistema médico se dan como buenos y únicos, situación que provoca en no pocas ocasiones contradicciones en las mujeres en las vivencias de sus cuerpos¹²⁷. El condicionamiento puede surgir también para algunas mujeres de la lectura de libros o revistas de divulgación:

“Te dicen que tendrás estreñimiento... y tú notas que tienes estreñimiento y ¡que nunca en tu vida lo has tenido!; tendrás ardor de estómago... y notas que realmente tienes ardor de estómago... Pues sí, vas viendo que es muy coherente y que saben lo que están escribiendo” (Cristina).

Aunque más habitualmente coincidieron con opiniones como la que plantea Roser: *“Yo no he tenido ni la mitad de la retahíla de todos los síntomas que te ponen allí... pero tú... abres preparada para ver ¿cuándo llegan los vómitos?”.*

Los discursos médico-tecnológicos están asumidos socialmente y muchas veces se mueven paralelos a las percepciones de las mujeres: *“O sea, ninguna anomalía, con lo cual digamos que es la confirmación de que todo va bien, pero por otro lado, yo pienso que la confirmación la tengo yo ¡estoy perfecta! (Laura); y Roser*

¹²⁷ Un ejemplo de ello, como ya quedó analizado, es el resultado de las pruebas que detectan los posibles defectos neurológicos del feto que, aunque se acepta que tienen un porcentaje de falsos positivos elevado, las mujeres los viven con miedo hasta que son descartados. Ver en el texto el apartado 2.3.2. La amniocentesis: una forma actual de eugenesia.

apunta: *“Voy con confianza, confío en que estará bien porque yo también veo que estoy bien”*. Hemos constatado que todas las mujeres reflejan la vivencia del cuerpo a través de la tecnología médica, pero se pueden encontrar diferentes grados a través del recorrido del embarazo. Es en la última etapa, por las dimensiones físicas que alcanza el feto, cuando necesitarán en menor medida de los discursos médicos y tecnológicos ya que las experiencias del cuerpo son palpables y evidentes en el día a día apoyadas, además en la confianza de los meses superados.

3.6. La mirada social del cuerpo

El embarazo fue definido como un espacio liminal (Van Gennep 1986; Victor Turner 1988). Sitúa a las mujeres entre un antes y un después y necesita de la observación de unas normas y ritos sociales que proporcionen protección a la mujer y a la criatura gestada. Hoy estas prácticas de protección son asumidas mayoritariamente por expertos/as, pero toda la sociedad participa en alguna medida de ellas. Hemos observado cómo se propicia este cuidado hacia las mujeres y vemos que *“ser gestante”* es una condición social; esto es, de alguna manera el producto de la gestación es un bien público, con lo que se protege a la mujer que en la evidencia física de su estado pasa a ser una persona de interés público. Por ello, muchos/as de quienes la rodean se sienten con la obligación o derecho a inmiscuirse dando consejos, opiniones o proporcionando alguna atención. Las interacciones son variadas y múltiples, y cada cual puede poner aquello que le parezca.

Comenzamos por las prácticas de protección y a través de las palabras de las mujeres. A Anna, su suegra no la dejaba ir a coger naranjas: *“No, no, tú no tienes que ir a ningún sitio. Y al final se vino ella y todo, para controlarme”*. Esta situación nos deja ver tendencias que hemos encontrado en muchas de las intervenciones que la gente realiza en las que se manifiestan la práctica de vigilancia y control. Hay un trasfondo tendente a la infantilización de las mujeres; como si durante la gestación fueran seres menos capaces de razonar o tomar decisiones aunque a la vez en sus trabajos, estén llevando a cabo tareas de responsabilidad. Así, Laura con una gestación de siete meses y medio acudió con su pareja a un balneario y se encontraron con que la encargada no le permitió meterse en el agua:

“Allí lo pasé un poco mal porque la señora se empeñó en no dejarme... que no le parecía bien que estuviera en la zona de aguas... porque con esta barriga... Yo me disgusté, me dio mucha rabia. Haciéndome sentir culpable, como que eso me dilataría mucho y que me podía como provocar el parto... que ella no se

podía hacer responsable. Digo ¿es que no tiene que responsabilizarse de nada, para eso estoy yo! Y no, no, no me dejó, me tuve que salir. Entonces me fui con esa obsesión a la habitación y pasé una mala noche pensando ¡Ay dios mío! A ver si lo habré hecho mal, a ver si... ahora me duele más...”.

No sólo es mandar, sino que se les impone. Las embarazadas en general obedecen para evitar problemas o enfrentamientos en estas relaciones. Otro ejemplo es lo expuesto por María. Es bibliotecaria y se pasa todo el día sentada en el trabajo, de regreso a casa va en metro¹²⁸ y las insistentes ofertas de otras mujeres le obligan a sentarse. Ella replica: *“Si estoy bien, no estoy cansada. ¡No es por ti, es por el niño!”*. Si María no se sentara se cuestionaría su calidad de madre que como Laura, le puede hacer sentir culpable si no responde a lo que de ella se espera socialmente ya que, como también afirma Imaz (2002), las intervenciones se realizan no por interés en la mujer sino en función del feto.

Otra interpretación siguiendo también a Van Genep (1986), es la referente al embarazo como un rito de paso. Por el hecho mismo de estar encinta, se piensa que las mujeres se encuentran temporalmente en un estado psicológico y social alterado y *“nada más natural por lo tanto, que hacerla objeto de un tratamiento análogo al que se dispensa al enfermo”* (Ibídem:54). Si el embarazo es una enfermedad, las mujeres son consideradas como “pacientes”, tomando también ellas este rol (Uribe, 1998: 305). No tienen opinión, no son escuchadas ni pueden ejercer la capacidad de toma de decisiones, condición que explicaría las intervenciones expuestas. Esta construcción del embarazo como enfermedad¹²⁹, aunque no responde a la realidad de la mayor parte de las mujeres del estudio, es también transmitida por la población. Las mujeres son sometidas diariamente a las preguntas de *¿cómo estás? ¿cómo te encuentras?* que demuestran interés por la buena marcha del embarazo pero en las que se trasluce la posibilidad de su alteración. Algunas se muestran contentas por estas manifestaciones y a otras, sobre todo cuando se relacionan con muchas personas, les resulta cansado y molesto:

“Con mis compañeras bien... que ¿Cómo estás? Pero claro ¡me preguntan tanto que ya se me hace pasado! ¿Qué... me veis cada día? ¿Me veis que estoy bien?, ¡Pues no me preguntéis! O sea, no, no estoy enferma ni... Luego la típica ‘qué cara tienes’ digo: ¿qué cara quieres que tenga? ¡Pues de embarazada!” (Alicia).

¹²⁸ Es una de las informantes que vive en Barcelona.

¹²⁹ Esta perspectiva se refleja en muchos de los apartados del análisis.

Que el embarazo puede ser un problema se encarga de reafirmarlo el relato de las historias personales que otras mujeres acostumbran a explicar a las gestantes que se convierten así en depósito de experiencias ajenas. La tendencia es presentar lo negativo, sobre todo en su posible repercusión en el parto. Hay un placer extraño en esta afición. El estar en presencia de una embarazada les evoca el recuerdo que es narrado aunque entre ellas no se conozcan. En estos relatos se transmite generalmente la desconfianza en un cuerpo que puede poner en riesgo a la mujer. Por ejemplo, Laura está contenta porque ya tiene el feto encajado y esto, le han dicho, es un signo de que será un parto vaginal:

“Esta mañana he hablado con esta amiga ... y dice: yo... desde el cuarto mes lo tuve encajado para abajo y ¡cesárea!. Digo, ¡me haces la puñeta! ¡No me fastidies!... porque al final le tuvieron que hacer la cesárea... ¡Estuvieron no se cuantísimas horas en dilatar!”.

Parece que en estas historias se esconde la amenaza encubierta de *“aunque todo vaya bien, se puede torcer”*, idea que se transmite desde el modelo médico en sus discursos de prevención de riesgos. En otras ocasiones la amenaza es directa: *“¡Huy! Pues si se mueve dentro ya verás fuera ¡Venga a darme ánimos! (Dolors). A Cristina le dice su hermana:*

“Ya verás cuando esté el niño aquí! Será tan pequeño y dirás ¿Cómo me puede hacer esto un niño tan pequeño? Porque se te agrietará todo y te saldrá sangre y no sé cuantos... llévate muchos camisones porque sangrarás mucho”.

Más que buena voluntad, parece terrorismo informativo aunque Cristina lo relativizó pensando que no sería para tanto *“porque ella (su hermana) ha repetido”*. Otra de las prácticas que parece deducirse de esta condición social de interés hacia el embarazo o bien por ese estado alterado que se les supone a las mujeres, es la tendencia a *“tocar la barriga”*. Las normas sociales en las que se impone la distancia y el no tocar (Le Breton, 2002:122) desaparecen en muchos de los ámbitos de las relaciones con las mujeres embarazadas. Se acepta que pueden tocar las personas próximas: *“Los del grupo de teatro ¿cómo va la barriga? ¿Ya crece?”* comenta Anna, y Alvar, su pareja, puntualiza que la barriga es el continente, *“lo que atrae a la gente es lo que se suponen que hay dentro”*. Pero son también tocadas por desconocidas¹³⁰. La barriga parece presentar un atractivo; algunas mujeres que se ven imantadas por ella

¹³⁰ Nos referimos en femenino porque son generalmente más las mujeres quienes realizan esta práctica.

y no se reprimen de tocar: *“Te conocen de nada y ¡plom! La mano (ríe) y todo el mundo te toca ¿no?. Para mí es agradable pero también chocante. No te piden permiso para tocarte... te tocan”* (Marina).

A Dolors una desconocida le pidió permiso y ella accedió. Generalmente estas aproximaciones van acompañadas de expresiones de cariño y admiración: *“Qué chula tienes la barriga”* (Anna) o *“¡Qué barriga más bonita!”* (Laura). Aún así, esta libertad para algunas es una situación desagradable cuando se trata de personas con las que no se tiene relación. Es como si el embarazo convirtiera a su propietaria en un cuerpo público que le hace accesible a ser tocado y mirado con la consecuente pérdida de intimidad e individualidad.

La mirada es otra manera de invadir el cuerpo ajeno. La gestación avanzada atrae las miradas y la mujer puede sentirse objetivada (Bourdieu, 1986:186). Anabel comenta que al principio pensó: *“No sé por qué me miran, ¿Por qué miran?... Y al pasar por una vitrina me vi de perfil... ¡Claro, estoy inmensa!”*. Las embarazadas coincidieron en que lo primero que miran es a la barriga y luego ya, puede que levanten la vista. María sintió que los hombres la miraban con descaro e interpretó: *“Como estoy embarazada es como que ya no fuera una mujer sexual (...) miran todo el cuerpo y las tetas”*. La mirada pierde la discreción de la distancia y se impone a quien la recibe. Puede ser que este atractivo por el cuerpo de las mujeres embarazadas sea consecuencia de su escasez de los últimos años como también por la tendencia actual a mostrar partes del cuerpo que antes se ocultaban o disimulaban. Lo cierto es que el cuerpo durante el embarazo se hace más presente tanto para su dueña como para quienes la rodean. También, a través de la mirada se establece una complicidad entre embarazadas. Así lo percibió Clara *“Si nos cruzamos por la calle nos miramos la barriga como para saber el tiempo y a veces nos sonreímos”* y explicó que es más fácil ahora hablar de cosas más íntimas con estas mujeres aunque no se conozcan porque comparten la misma situación de embarazadas.

Finalmente, en el embarazo caben las más variadas opiniones, como explica Marina divertida: *“Hoy, con diez minutos de diferencia: ¡Pero si ya estás a punto! Debes llevar una niña muy grande. Y otra: ¡ay! ¿estás embarazada? ¡pues no se te nota nada!”*. Es habitual valorar el tamaño de la barriga, pero su forma también es interpretada. Eduard, pareja de Anna, lo explica así: *“Si no se pone guapa es niña, la madre tiene más manchas; si es meona, dice mi madre, será niña. Si es niño te pones*

mucho más guapa y... estás más esplendorosa". Y Nuria que sabe por la amniocentesis que seguro es una niña, comenta: *"Mi madre siempre está con la duda: estás muy guapa, tienes una panca muy puntiaguda ¿se habrán equivocado? Yo creo que será un Ramón"*. De este ejemplo vemos que no hay ninguna relación y los dichos y parecidos carecen de base. Estas asociaciones entre el cuerpo de la mujer y el cuerpo gestado se extienden a interpretaciones sobre la cara, los labios, la hinchazón del cuerpo... en las que se da generalmente las características y signos menos atractivos a las gestaciones de niñas aunque luego no coincida. Estas teorías han estado presentes y parecen perpetuarse a lo largo de los siglos (Sissa, 2000). La representación que sitúa al cuerpo femenino como en falta parece encontrarse en su propia génesis.

También algunos/as los/as expertos participan poniendo elementos en este cajón de sastre pero, sus opiniones tendrán dimensiones más amplias para las mujeres. Pueden estar relacionadas con el peso del feto que más tarde se normaliza, con la amenaza del dolor en el parto o con sus dificultades si la mujer está engordando, pero lo que más nos ha llamado la atención es lo que definimos como *"prácticas de adivinación"*.

Uno de los médicos, después de realizar una exploración vaginal un mes antes del parto, informa a la mujer que tiene la pelvis estrecha, además del crío grande, con lo cual, posiblemente tendrá que realizarle una cesárea:

"Me dijo que sí... que como soy estrecha... O sea, a parte de que esté delgada tengo no sé, las caderas o lo que sea estrecho. Pues entonces pactaríamos, programaríamos una cesárea. Digo, mira, si tú lo ves más seguro... pues adelante. Yo pienso: el que entiende, el profesional es él... yo me dejo en sus manos" (Laura).

También a Roser, en circunstancias parecidas, después de la exploración el médico le informa de que:

"Está muy cerrado, está muy cerrado muscular y óseamente... y así como hay veces que yo hago un tacto y digo esto va a ser un parto fácil, dice, pues no, a ti no te digo que va a ser un parto fácil. A parte de que el niño se ve que tiene la cabecita más grande de lo normal. Está dos semanas por delante su cabeza y ¡claro! Dice: cabeza grande y hueso cerrado..."

Ambas mujeres tuvieron partos normales y sin ninguna dificultad. Las opiniones del médico fueron recibidas de forma diferente. Laura lo aceptó pero Roser estuvo

preocupada buscando explicaciones y, aunque encontró soluciones en personas de su familia, el fantasma de las predicciones médicas estuvo presente hasta pasado el parto. Estos dos ejemplos nos remiten de nuevo al cuerpo sospechoso que, emitido este dictamen desde el discurso médico, refuerza la desconfianza de las mujeres y su visión negativa del cuerpo además de que facilita la apropiación del cuerpo por parte de los/as expertos/as con la consecuente expropiación con que las mujeres viven sus funciones biológicas y sus experiencias corporales.

3.7. Reflexiones finales

Hemos visto como muchas de las prácticas de la asistencia sanitaria al embarazo ponen de relieve la representación de la desconfianza en el cuerpo de las mujeres gestantes. Bajo este paradigma, se medicaliza el embarazo puesto que el cuerpo aparece siempre en falta. Las mujeres pierden la confianza en él, haciéndose dependientes de los/as expertos/as.

A lo largo del embarazo y en diferentes grados, las mujeres introducen modificaciones en el cuidado del cuerpo como medida de apoyo y protección a la criatura, prácticas que algunas catalogan de sacrificios que como madres ya hacen por sus hijos/as. Aunque el embarazo fue planificado en la mayoría de las mujeres del estudio, la presencia de la criatura en el vientre, las manifestaciones de su crecimiento y movimientos fue sentida por algunas con la sensación de invasión o parasitación a la que se sentían sometidas en algunos momentos y temporalmente. En general, las mujeres pueden expresar tanto rechazo como protección y afecto hacia el feto y esto, en un breve espacio de tiempo.

La transformación del cuerpo traducida en engordar y ensanchar, es un tema que les preocupa en diferentes medidas y, el cómo lo experimentan está relacionado con su interpretación del cuerpo antes del embarazo. Todas procuran no engordar más de lo previsto, porque esto vimos, también es un tema de intervención de las matronas, pero se acepta “estar gorda” y sólo una de ellas mantuvo un control estricto. Dependiendo de esto y de las costumbres en el vestir antes del embarazo, algunas mujeres muestran el abdomen como un acto de reivindicación del yo, y otra forma de belleza femenina. Lo que antes parecía oculto en el cuerpo, ahora pierde su misterio y en base al valor social que se concede a la mirada. En general, todas aceptan esta situación por su temporalidad con el objetivo puesto en la criatura, pero además,

puede que no las limite en sus tareas habituales y esto se vive como positivo expresando que “no me entero”.

Además, el cuerpo habla a través de la tecnología, medio que refuerzan el poder de quien la utiliza y que supedita las experiencias de las mujeres a sus diagnósticos aunque esto es expuesto favorablemente por ellas. El cuerpo de la mujer gestante parece ser un bien social sobre el que se puede realizar intervenciones o emitir juicios sin contar con su dueña y tanto desde personas próximas o no, como desde los/as profesionales.

4. EL NACIMIENTO: EL PARTO EN LOS HOSPITALES

Con la proximidad del nacimiento se activa en las mujeres todo un universo de representaciones que había permanecido en segundo plano mientras el interés se centraba en el crecimiento y formación de la criatura. A partir de la treintaisiete semana de gestación se considera que el feto ha madurado y es apto para la vida extrauterina porque, como afirma uno de los médicos entrevistados, *“el feto ha cumplido su mayoría de edad”* (Dr.1) y, aunque lo habitual es que el nacimiento suceda alrededor de la semana cuarenta, las mujeres son informadas de que *“de ahora en adelante puede ser en cualquier momento”*, expectativa que las pone en alerta. Se desea el nacimiento del/a hijo/a pero se teme el parto que se presenta cargado de enigmas y connotaciones negativas; un *“mal”* que difícilmente se puede evitar y del que sólo los/as expertos/as les pueden liberar de sus peligros, aunque tiene su parte positiva ya que, al final *“te dan el premio, el bebé”* (Cristina). En este capítulo analizamos las representaciones y actividades referentes a la atención al parto que se lleva a cabo en los hospitales, así, los discursos pertenecen a las mujeres usuarias de estos centros y profesionales de los mismos.

La interiorización del aprendizaje que han realizado las mujeres a lo largo del embarazo responde a un modelo en el que, como hemos visto hasta ahora, la desconfianza en el cuerpo, la autopercepción de no saber, la evidencia del poder de los/as profesionales y la dependencia hacia éstos/as, emerge en diferentes grados en sus discursos. Aún así, como subraya Menéndez (2002) para los procesos de salud/enfermedad/atención en general,

“dentro de la estructura social y de significado existen una diversidad de actores que pueden tener representaciones y prácticas similares, pero también saberes diferenciales, conflictivos y hasta antagónicos (...) de los procesos de salud/enfermedad/atención” (Ibídem:321).

Para el análisis del parto recogemos los puntos de vista de todos/as los/as actores que intervienen, y las relaciones que entre ellos/as se establecen. Proponemos pues, siguiendo lo aconsejado por Menéndez (2002), analizar la diversidad de las representaciones con las que se construye el acto del nacimiento incluyendo a todos/as los grupos del estudio: mujeres, matronas y médicos. Comenzamos el capítulo con *“las imágenes del parto o los secretos del cuerpo”*, apartado en el que analizamos e interpretamos los significados que sobre el parto próximo exponen mujeres y profesionales. En un segundo apartado, nos introducimos

en el análisis de las prácticas observadas en la asistencia al parto en los hospitales, junto con el relato de la experiencia de las mujeres, los médicos y las relaciones médico/paciente que entre ellos/as se establecen. Centramos este análisis en los hospitales públicos por ser mayor el número de mujeres que los utilizaron y, puesto que la dinámica de atención es similar en todos ellos, trabajaremos a la vez con los datos recogidos en los hospitales privados.

4.1. Las imágenes del parto o los secretos del cuerpo

La proximidad del parto en la atención pública se marca con cambios en los itinerarios de asistencia. Los controles se intensifican y las mujeres son derivadas desde el equipo que realizó el seguimiento del embarazo en el Área Básica de Salud, a las consultas de hospitalización llevadas ya por personal del hospital. Este paso se realiza a través de un ritual con el que se cierra una etapa. La matrona lleva a cabo en la última visita el Control del Bienestar Fetal¹³¹, que es el pasaporte que avala el trabajo realizado, después se despide de la mujer y la deriva al nuevo equipo de trabajo. Ahora las visitas se pautan cada quince días o semanalmente y en ellas se incluirá el registro fetal sistemático así como, según tendencias, una exploración vaginal o tacto cuya indicación es independiente de los síntomas que manifieste la mujer. En las consultas de mutua o privada esta separación no está tan marcada. Todas las visitas seguirán siendo realizadas por el médico habitual. Para el control del bienestar fetal o registro, algunos utilizan los servicios de las matronas del hospital y otros lo realizan ellos mismos en la consulta, aunque se considera que este encuentro mujer/matrona es positivo: *“Si ya te han conocido, se crea un vínculo... y es mucho más sencillo cuando ingresan (...) pueden conocer a una o la otra –matronas-, te presentas y les das pie para que cojan confianza”* (Mt.3).

El aumento de intervenciones y controles sobre el cuerpo de las mujeres embarazadas son el paso previo que las va preparando física y psicológicamente para el ingreso hospitalario y a través de ellos, se transmiten y refuerzan los paradigmas de la ideología médica y social sobre el parto. Por otro lado, hablar de madurez fetal parece responder a la concepción mecanicista del cuerpo que ya señaló Martin (1987:57) en la que se dicta que el feto como producto, asegurado ahora el funcionamiento de todos sus órganos, *“ya puede nacer”* porque su fabricación ha

¹³¹ Se trata de una prueba de veinte minutos de duración en la que se revisa la respuesta fetal a las posibles contracciones maternas de estas últimas semanas. El nombre popular que se le da es “ir a las correas” puesto que se le ponen a la mujer dos tiras elásticas para sujetar los polos materno y fetal.

finalizado. Este dictamen evoca en algunas mujeres la vacuidad de la espera en base a la fiabilidad y confianza que se da al juicio médico. Así, se puede dar fin al embarazo antes de la cuarenta semana, práctica que se utiliza en ocasiones según intereses tanto de las mujeres como de profesionales¹³².

Las representaciones de la desconfianza en el cuerpo se ven reforzadas en la intensiva dinámica médica de la búsqueda de posibles alteraciones en esta última etapa que contrasta con la tranquilidad que las mujeres manifiestan al haber llegado al final del embarazo sin problemas, esto es, haber conseguido el objetivo del/a hijo/a sano/a. En las mujeres se captan dos imágenes del cuerpo; por un lado la de refugio, guardián afectivo del cuidado y mantenimiento de la criatura, espacio cálido que asegura y nutre la vida. Esto se manifiesta cuando acarician su barriga, continente del feto; hablan de ella y la enseñan muchas veces con orgullo mostrando los movimientos de ese ser interno que se acomoda en ella. Por otro lado, el cuerpo esclaviza con molestias imprevistas: *“Digo: ¡huy! Me estoy rompiendo por dentro, es una sensación como... tú te notas como si te estuvieras rompiendo y de repente se te fuera a caer todo por ahí”* (Cristina); con los misterios que guarda sobre el próximo parto y con el dolor que puede imponer. Es el lado oscuro del cuerpo, el que se intenta eludir, alejar y para el que, en opinión de una comadrona, *“nos montamos todo tipo de trucos, servicios, estrategias y técnicas a fin de no vivir esa parte del cuerpo”* (comadrona empírica)¹³³.

En los relatos de la previsión y supuestos que las mujeres expresan sobre el parto, se manifiesta toda una amalgama de miedos, dudas e inquietudes que construyen una estructura muy poco atractiva del nacimiento. Según nuestra interpretación, esto no es más que la materialización social y médica de la percepción negativa del cuerpo y la desconfianza hacia los procesos reproductivos. En estos supuestos, se muestra la realidad interiorizada de la necesidad de profesionales-maestros/as que controlen la amenaza que el cuerpo supone y dirijan este hecho hacia buen fin. Los discursos básicos del personal médico generalmente no difieren de las perspectivas de las mujeres ya que comparten los mismos supuestos culturales,

¹³² Queremos remarcar que éstas y otras prácticas de conveniencia en el embarazo y parto no son extensibles a todas las mujeres ni todos los/as profesionales, aunque sí se dan y las hemos podido constatar en nuestra investigación.

¹³³ Como comadrona empírica nos referimos a quienes poseen el saber y la práctica de la matronería adquirido mediante el autoaprendizaje, pero no están autorizadas a desarrollar estas tareas oficialmente. Es una de nuestras informantes puntuales.

pero aún así, dentro del sistema podemos encontrar algunas diferencias. Para el análisis de todo ello proponemos los siguientes apartados: la autopercepción de las mujeres de “no saber” qué pasa en el cuerpo; la interpretación del dolor; el riesgo que se le supone a la actividad física del parto; la evitación del parto y el poder/saber indispensable de los/as profesionales.

4.1.1. La autopercepción de no saber

El cuerpo más que nunca concentra toda la atención de las embarazadas en la escucha de sus síntomas en las últimas semanas y parece obedecer a sus propias fuerzas y esconder un secreto que debe ser adivinado: ¿Cuándo me pondré de parto? ¿Cómo lo notaré? Así lo expresa Alicia: *“Tampoco sé como... si me voy a dar cuenta de que he roto aguas, si me voy a dar cuenta de que estoy dilatando... ¡yo qué sé!”* Y Dolores: *“El tapón de moco no sé si ha salido o no... contracciones no, eso me parece ¡Que igual no me entero!”*. Nuria sí sabe porque se lo ha preguntado a su madre *“¿Me voy a enterar cuando vaya a parir? Y mi madre dice: ¡claro que lo notarás! Ya me lo explicarás, ya, ¡con lo que duele!”*.

El cuerpo se muestra como un extraño del que no se conocen sus reacciones y, además, como una amenaza: *“¡Es la primera vez!”* afirma Alicia. No saber cuándo se activará el parto y los síntomas previos les produce inquietud a casi todas las mujeres:

“Me pongo muy nerviosa, pero porque pienso... y entonces empiezo a notar humedades... ¡Es mentira! Que no hay humedad y digo: ¡Josep, me parece que ya está... Como no sabes lo que es entonces dices ¿debe ser esto? Y empiezas a notar pues... eso, como que está mojado. Debo pensar como que voy a romper aguas” (Laura).

Alrededor de esta imprevisibilidad del desencadenamiento del parto y de la desconfianza en este cuerpo autónomo, se concentra la atención de toda la familia, pero son las parejas quienes más lo acusan. En la actualidad todos se proporcionarán un móvil para estar localizables: *“No sabemos dónde nos encontraremos, qué haremos, dónde estaremos, cómo lo haremos. Una incertidumbre”* (Alba). Ponerse de parto es un acontecimiento desorganizador hasta que se manifiesta su intención, y las mujeres en general, aún habiendo asistido a la preparación, no expresan confianza en sus saberes a través de la observación del cuerpo. Para dar sentido a las señales que envía el cuerpo, afirma Taussig (1995:117) refiriéndose a los problemas físicos en

general, están los/as profesionales. Así, en una sociedad donde todo está previsto y controlado por expertos/as, la solución que propone una de las mujeres es:

“La cesárea quizás me da más tranquilidad porque sé la fecha y: mañana a las 10, pues mañana a las 10. Lo otro es una incertidumbre. A mí no me gustan las sorpresas... si fuese todo programado pues estaría más tranquila, más relajada, mejor” (Mónica).

El resto de parejas no expresa su preferencia por la solución del parto por cesárea, pero sí por su programación: *“Si supieras... mira el día 8 o el 15 vas a parir ¿vale? Pues dices ¡tranquilos! ¡Claro, como no lo sabes!”* (Dolors). Y Josep, pareja de Laura, compara: *“Si esto pudiera programarse, que es una máquina que pudiéramos decir a las 13,23. ¡Ya está!. Se acabó, eso a ella...¡bueno! Le quitaría un peso de encima”*. Este especial interés por marcar una fecha para el parto también es sentido por algunos/as médicos que, entre bromas o no, manifiestan su necesidad del control del cuerpo, ya que su imprevisibilidad interfiere en la planificación de otras actividades cuando se trata de la asistencia privada. Si el parto se presenta, deben acudir a asistirlo por el compromiso que han adquirido con la mujer¹³⁴. Para evitar que esto suceda, se puede programar un parto antes de cumplir las cuarenta semanas¹³⁵ cuando se trata de asistencia en mutuas o privadas y con la finalidad de adaptarlo bien a las necesidades de los horarios médicos o por elección de las mujeres. Como ejemplo de la necesidad médica, en una conversación informal una matrona explica que se ingresó a una mujer a las 38 semanas de gestación: *“Le pregunto a ella ¿Por qué? Y no sabía. El médico se lo había mandado. No saben por qué se lo provocan ¡Green que es por algo!”* Roser y su pareja comentan que ellos mantuvieron una relación un tanto confusa con el médico porque hasta el quinto mes de gestación no les informó de que él sólo asistía partos programados y cesáreas, perspectiva que no coincidía con la previsión de un parto normal que ellos tenían, pero tampoco el médico cerró la posibilidad a un parto espontáneo ya que aseguró tenía un método para aproximarse a conocer la fecha:

“Jesús: A través del tacto es como... como él intuye. Sí, puede prever la fecha del parto y entonces planificar... puede programarse él...”
Roser: Claro, que no se le pongan de parto.

¹³⁴ Algunos de los médicos trabajan en centros públicos y privados con lo que se han organizado para solucionar la asistencia a los partos privados.

¹³⁵ Existen complicaciones por las que se aconseja activar el parto antes de término pero aquí nos estamos refiriendo a embarazos de evolución normal y sin patología que lo indique. Tampoco todos los/as médicos son partidarios de esta práctica.

Jesús: Yo no sé hasta qué punto eso lo puede ver con un tacto... es todo... no un montaje... pero es una manera de hacer las cosas para que... ya... pues vayas un día y... entonces te vayan dando oxitocina... ¡es que no sé!"

Esta pareja, al no tener garantizada la asistencia por el médico de la mutua sino a través de un parto programado, decidieron que realizarían el parto en un hospital público, pero siguieron asistiendo a los controles en la mutua porque confiaban: *"Si el médico encontraba algo que les sirviera de referencia"* en la previsión de la fecha del parto y de que *"si hay que provocarlo igual, pues a lo mejor me apetece que me lo haga él, porque a lo mejor me lo hará más rápido"*¹³⁶.

Otro ejemplo de las variadas formas de afrontar el nacimiento es la práctica de la cesárea por elección de la mujer. Ya mencionamos cómo Mónica decidió que era lo más apropiado para ella, la tradición de su familia había sido la de ir a una clínica de prestigio en Barcelona donde también su hermana tuvo a su hija por cesárea. Acudió al centro y expuso todas sus justificaciones al médico y aunque no pidió claramente la intervención, utilizó insistentemente los argumentos que en su opinión la recomendaban. Se le realizó una pelvimetría con resultados que el médico calificó de *"pelvis aceptable aunque justa"* a lo que Mónica añadió: *"Y el niño es grande"*. En la misma visita de las 39 semanas y tras realizar un tacto le informaron de que: *"Si no cambia nada –contracciones y cuello- programamos para cesárea. ¿Para cuándo?"* El médico mira el ordenador y responde *"mañana –miércoles- o el viernes"*¹³⁷. Adaptado a los horarios de trabajo de la pareja, se eligió el viernes. Mónica salió feliz hablando de: *"La pelvis estrecha ¡soy estrecha!, Sí el bebé es grande, es mejor para él que no sufre, que la cabecita estará más redonda y el bebé rosado. Mira, me evito el corte abajo ¡Estaré íntegra!"*. El objetivo estaba cumplido, el médico justificó científicamente su adecuación y Mónica sólo veía el lado positivo.

En el contexto de Tarragona hoy no está bien visto por todos/as los/as profesionales practicar una cesárea por elección del médico o de la mujer, y ésta se realiza a partir de otras justificaciones como pueden ser informar a las mujeres de aspectos físicos tanto de la madre como del feto que parecen indicarla: *"Como yo soy*

¹³⁶ Las afirmaciones que realiza esta pareja tienen su sentido en la información escrita que el médico les ha proporcionado donde se afirma que *"si las condiciones iniciales de la dilatación son buenas, una inducción puede ser rápida"*.

¹³⁷ Tanto ambos miembros de la pareja como yo, nos quedamos asombrados por la rapidez de esta decisión. Profesionalmente para que algo cambie, hay que esperar generalmente unos días. Entendimos que había captado y respondía favorablemente al mensaje de su cliente.

estrecha... tengo... no sé, las caderas o lo que sea estrecho, pues entonces pactaríamos una cesárea... para que el crío ni yo sufriéramos" (Laura). En la experiencia de Roser la cesárea se presenta como: *"La última moda, ¡Ves a saber! Cómo estamos llegando a un punto de... igual es el máximo lujo de decir ¿Cuándo lo quieres? ¡Mañana! Pues mañana... puede ser"*. Esto es lo que recoge el periodista Carlos Fresneda (2004) en relación a su implantación en otros países desde que el Colegio Americano de Obstetristas y Ginecólogos ha dado su aprobación a las cesáreas voluntarias que, en opinión de un médico en el mismo artículo, responden a que *"No podemos negarles a las mujeres la capacidad para poder elegir"* (Ibídem:43)¹³⁸. Esta frase, en la apariencia de una mayor consideración hacia las mujeres, refleja el manejo de un poder que decide lo que se puede o no permitir que ellas elijan, y siempre que esté en la línea ideológica del sistema médico como ya reflejamos en el apartado de los itinerarios asistenciales.

En el testimonio de Mónica se aprecia que la actividad física del parir es rechazada por su connotación primaria de acto que realizan las hembras mamíferas de la especie animal. También esta percepción se apoya en que las mujeres ricas y famosas no paren (Fresneda, 2004) como dijo Cristina: *"Parece mentira en el siglo XXI y todavía estamos pariendo así"*¹³⁹. Todo lo relativo a la reproducción está altamente controlado desde la institución médica y el parto será asistido en un espacio que presenta la imagen esterilizada de las intervenciones y la asepsia de una práctica quirúrgica que le alejan del acto biológico animal y le confiere "dignidad humanizada". La cesárea refuerza la representación de la incapacidad física de parir y se ve a veces como la manifestación positiva de una mayor evolución humana. Así también lo recoge Isabel Fernández del Castillo (1994) cuando afirma que según algunos tocólogos la cesárea es *"la única forma civilizada de tener niños"* (Ibídem:72). En nuestra opinión, la cesárea por elección puede ser una salida para algunas mujeres, y el acceso a ella debiera estar disponible; pero sobre todo es el triunfo absoluto en la lucha que el sistema médico ha mantenido durante siglos para el control del cuerpo de las mujeres y del proceso del nacimiento.

¹³⁸ Esta información corresponde a un artículo de prensa con lo que la veracidad de estos datos puede no estar contrastada científicamente.

¹³⁹ Curiosamente o por coincidencia, el parto de Cristina terminó en una cesárea.

4.1.2. Imágenes y usos del dolor

Otro de los principales componentes en la previsión del parto para las mujeres, es el dolor que parece manifestarse en toda su crudeza: *“Eso ha de doler muchísimo! Eso ha de doler... ¡horrores! a pesar de que la cabeza presione los pudendos y anestesia, que en parte también anestesia...”* (Dr.2). *“Es un dolor a lo bestia”* afirma Laura, Nuria lo manifiesta así:

“Estoy cagada de miedo... por el dolor... no sé, ¡a ver! Que venga bien y todo. La gente lo dice; dolor, dolor... es una cosa que te lo pintan tan mal... tan fuerte... que claro piensas: de ésta no me salgo. Es una cosa que siempre me ha hecho mucho respeto”.

Todas las mujeres del estudio que tendrán su parto en los hospitales tienen integrada la ideología de un dolor insufrible pero evitable y, aunque a Alicia y Anabel consideran van bien preparadas: *“Vamos demasiado preparadas para lo que es, demasiado miedo que no es para tanto; tanto como lo pintan”*, ellas lo temen igualmente. El cuerpo encierra los misterios del dolor que llevan al nacimiento y lo relacionan con la apertura del cuerpo necesaria para que nazca el/a hijo/a: *“¿Cómo puede dilatar tanto eso? Seguro que tiene que doler”*, asegura Anabel. Y la pareja de Alba explica: *“Si tiene que salir una criatura de tres kilos y medio por un agujerito que ¡bueno!, Por mucho que dilate... eso tiene que salir... Alba tiene pavor de que el niño sea grande”* (Julio). El cuerpo sigue siendo negativo. Se podía admirar el poder de los cuerpos que durante siglos han permitido el nacimiento de las criaturas y ver sus aspectos positivos, pero esto no se incluye en los planteamientos sobre el parto.

El miedo se mezcla con la ilusión y la esperanza puestos en el/la hijo/a, sentimientos que aligeran la sombra del dolor como consecuencia de su nuevo sentido (Le Breton, 1999:78). *“El momento del parto me preocupa... pero tengo más ganas de verle que preocupación”* (Laura); y algunas mujeres introducen cambios en las representaciones: *“El miedo al parto que tenía, tampoco lo tengo, no sé, es una sensación extraña”* (Montse). El miedo va disminuyendo conforme el parto se acerca: *“La naturaleza es sabia, al principio tienes un poco de miedo pero ahora tienes tantas ganas de que... nazca, que lo afrontas”* (Cristina). Digamos que la proximidad del encuentro con el bebé cambia su significado, se entiende su naturaleza y el temor disminuye (Le Breton, 1999:81), aunque permanece latente.

El dolor se percibe como un fantasma cuyas dimensiones son desconocidas. Algunas mujeres quieren afrontarlo¹⁴⁰ pero médicos y matronas creen que no lo superarán. Un médico explica cómo aconsejó a una embarazada que planificaba su parto sin anestesia: *“Yo he tenido varias pero luego acabamos poniendo la epidural. Digo: te voy a pedir los análisis para no ponerte o por si no puedes aguantar y dices: ¡pónmela!”* (Dr.2); que como voz de la experiencia y por la confianza social que se le otorga, condicionará a la mujer, y surgen expresiones como *“Me la vas a pedir de rodillas”* que además de amenaza, hace alusión a un acto de sometimiento. En las anécdotas que relata el mismo médico también se lee este mensaje:

“No quería y no quería -la anestesia- y cuando empezó el descenso, empezó el expulsivo... empezó con el dolor intenso y entonces no la podíamos pinchar porque estaba en expulsivo... Era una que no y que no y luego al final la tuvimos que dormir para sacarle al crío. Se puso de pie encima de la mesa, todos allí para sentarla... los ojos salidos... como.... ¡Bueno!” (ibidem)

Otro médico explica:

“No puedo ver a una persona que está sufriendo y sollozando... y gritando, y su marido blanco y pálido... que el dolor es acumulativo y que puede ser que en dos horas no sufran, pero las otras cuatro seguro que ya se ha acumulado y sufre un montón” (Dr1).

Parece que el dolor entra en esa categoría de objetos *a priori* que, de acuerdo con Taussig (1995), *“pertenecen únicamente a sus propias fuerzas y a su ley, cuidadosamente esclarecidas para nosotros por expertos profesionales, como los médicos”* (Ibidem:117). El autor plantea que desde la medicina se construye un discurso materializado de la enfermedad –dolor- que le despoja de sus otros significados sociales. Además y asociado a esto, hay que considerar la fuerza del mandato divino “parirás con dolor” Puesto que el dolor se presenta real, once de las doce mujeres que tendrán su parto en el hospital cuentan disponer de los servicios médicos que les proporcionen la analgesia epidural, recurso de gran prestigio que les debe ser ofrecido (PAPP, 2003). *“La población viene mucho más tranquila que antes. Que el ¡ay! ¡huy! que se sentía... hoy día no. El silencio yo creo que es síntoma de un poco más de tranquilidad, serenidad. El hecho de tener una señora tranquila es más cómodo sin duda”* (Dr.4), y la gran mayoría de mujeres y de todas las edades cuentan con ella:

¹⁴⁰ Una de las mujeres de nuestra investigación que realizaría el parto en el hospital eligió que no se le pusiera la anestesia.

“Confío en la epidural, digo, tengo que llegar a tiempo para yo estar allí muy bien con mi epidural y no tener muchos dolores. Yo no me lo imagino muy duro. No tendré muchos dolores porque supongo que tendré la epidural... ¡Supongo y espero! (Cristina).

La analgesia en el parto es una gran ayuda para las mujeres que así lo eligieron, pero también es un alivio para los/as profesionales. La escucha de las expresiones de dolor se hace difícilmente soportable (Le Breton, 1999), y al igual que afirmó Freidson (1978:132) respecto al paciente postrado en la cama, estas matronas opinan que *“da menos trabajo una mujer con la epidural ¿verdad? Y no se queja... que cuesta ver a una persona quejarse... ellos -médicos- lo prefieren”* (Mt.3); *“la epidural va bien porque ellas están más tranquilas y tú puedes hacer más cosas; o sea, mucho más tranquilas y no se mueven... Es diferente”* (Mt.4). Otra matrona afirma que, ante las manifestaciones de dolor:

“Se ponen un poco nerviosos, intentan cerrar la puerta para que no se oiga el grito, no lo viven bien... Además, hacen comentarios como: la fuerza se te escapa por la boca... vas a asustar a las demás mujeres... O sea, comentarios para cohibir... se asustan ellos mismos” (Mt.4).

Edmund Leach (1993) relacionó la expulsión de contenidos corporales –lo sucio– con nuestra *“comprensión del valor ritual del ruido”* (Ibídem:86). El grito como manifestación de lo que ocurre en el cuerpo parece transmitir el carácter contaminante del parto; contamina los espacios y a quienes están en ellos y tendrá repercusión en sus prácticas. El grito, que se supone hoy controlado por la medicina, habla de descontrol y lo hace público puesto que se escucha más allá del lugar donde tiene lugar el ritual, dando carácter profano a un hecho al que se trata de conferir la connotación de limpio o sagrado de toda intervención médica¹⁴¹. La matrona de la asistencia privada explica cómo: *“Si la mujer empieza a descontrolarse, la bajo a la sala de partos y desde allí no la oye nadie”* (Mt.3). El control y el orden como valores socialmente positivos se imponen en el acto médico, y mantener el cuerpo bajo control con analgesia presenta la otra cara de sus beneficios que contestan a la idea siempre presente del riesgo y la posible necesidad de intervención rápida sobre un cuerpo silenciado e insensible:

“Tener un catéter puesto para que puedas poner una anestesia en cualquier momento es algo... ¡Es una ventaja! Para nosotros que somos los responsables de que todo vaya bien, te permite muchas cosas ya independientemente del dolor de la mujer” (Dr.1).

¹⁴¹ Leach (1993: 84-87) analiza en su obra las percepciones culturales que se transmiten en codificaciones binarias que en el tema tratado serían: limpio/sucio=silencio/grito y silencio/grito=sagrado/profano.

Se acepta que como resultado del uso de esta analgesia *“hay un aumento de intervenciones obstétricas”* (Dr.4), y que al igual que otras técnicas anestésicas precedentes, *“después se ha visto que no eran la panacea... con la epidural también se la habrá de resituar en su sitio”* (ibidem). Nuestra reflexión es que, en la actualidad, las mujeres confían en que dispondrán de analgesia como reivindicación del no dolor y porque culturalmente el parto es una experiencia penosa que puede ser evitada a través de la intervención médica. Pero los valores cambian y el sistema médico tiene el poder de definir qué es “dolor aceptable” (Le Breton, 1999:166), con lo que se reserva el poder de modificar los límites culturales del dolor en el parto que, según estos, aplicará o no las técnicas de analgesia con que cuenta. Las mujeres pueden verse, sin posibilidades de elección, enfrentadas a viejos valores culturales del dolor.

A este respecto, se dan situaciones minoritarias que cuestionan la tendencia general. Por ejemplo, para una mujer del estudio con treinta años, usuaria de mutua, el dolor no era lo más importante, sino que había centrado su objetivo en poder realizar su parto sin intervenciones en el hospital con la ayuda solamente de la matrona. A lo largo del embarazo negoció con el médico, que fue quien dio la autorización: *“Me interesa conseguir pactar, sin transgredir ni mucho menos ninguna regla. Al final, si no podemos llegar a un consenso, pues acatas con lo que hay”* (Anna). Y consiguió su propósito. La matrona comentaba que el médico se quedó asombrado de que realmente el parto hubiera sido posible sin anestesia y sin su apoyo. En la dinámica establecida de la asistencia al parto en los hospitales se estandarizan las necesidades: *“Hay mujeres... la mayoría están con la cosa del miedo y la epidural, pero es que ya no se da la opción de experimentarlo ni de vivirlo –el parto-. Como se les pinta tan sumamente espantoso...”* (Mt.5). Esta misma comadrona, no obstante, explica que en la asistencia pública hay mujeres que *“quieren parir y que las dejemos en paz y bueno, cuando me he encontrado con ellas, las he respetado y han parido”*.

La superación del dolor o haber tenido un parto sin anestesia, lo cuentan algunas mujeres con orgullo. Nuria opinaba: *“Un parto natural duele mucho, hay pocas mujeres que lo aguantan”*. Ella confiaba en la epidural, pero llegó al hospital con la

dilatación avanzada y esto unido a unas circunstancias concretas del hospital¹⁴² y el apoyo de su pareja, dieron como resultado un parto sin anestesia. Posteriormente, Ramón lo explicaba ufano: *“A casi todas las mujeres les ponen la epidural, les ponen algo para sacarlo... en cambio tú, te lo sacaste sola. Así está muy bien”*; y hasta la familia presumía: *“Le preguntaron a mi tía si ya lo había tenido; dice sí, ¡sin epidural!”* (Nuria).

4.1.3. El riesgo y sus peligros

Hasta ahora vimos que al riesgo se le dio un protagonismo relevante durante el embarazo. En el mismo orden ideológico, es una de las principales representaciones con las que se construye el parto por lo que se justifica debe realizarse en el hospital y la necesidad de profesionales médicos preparados para su prevención o tratamiento. Para las mujeres, en su previsión del parto, el riesgo no ocupa un lugar especialmente relevante o igualitario al dolor; en general, confían en las instituciones: *“A mí el hospital me da seguridad... porque pueden pasar también cosas... o irte mal. Ya lo sé, pero me da la seguridad del lugar, de decir: si es necesario me hacen un corte o lo que sea...”* (Anabel), y en la pericia de los/as profesionales,¹⁴³ como relata Laura: *“El profesional es él, yo me dejo en sus manos. Si él cree que lo mejor es ese camino, pues por algo será ¿no? Que es quien entiende del tema... yo no voy a decidir en ningún caso”*. Pero Cristina y Paula no confían tanto: *“En ese momento no tenga ganas de estar por lo que tiene que estar... errores humanos”* (Cristina). O: *“Aunque es una cosa natural, puede haber riesgos y dependerá del ginecólogo que te toque si es un carnicero... que no sea bueno”* (Paula).

Las mujeres que acuden a los hospitales públicos confían en el centro, en los/as profesionales y en los recursos con que cuentan. Las que acuden a la privada/mutua en el caso de Tarragona, confían exclusivamente en el médico porque saben que en un centro pequeño hay pocos recursos. Esto unido a que son muchos los/as obstetras que dan atención en los centros privados, nos lleva a suponer que la magnitud de los discursos del riesgo en el parto no es tal, puesto que si así fuera, no sería aconsejable realizar partos en lugares carentes de recursos adecuados para afrontarlo.

¹⁴² Aparte de que llegó con una dilatación que se consideró avanzada, un importante accidente tenía ocupados a los anestesiólogos en el quirófano. Los/as profesionales y su pareja la animaron a seguir sin anestesia hasta finalizado el nacimiento.

¹⁴³ Hemos visto que la confianza en los/as profesionales puede variar en algunas mujeres cuando se trata de acudir a la Seguridad Social porque serán atendidas por “el que te toque”.

Las matronas coinciden en afirmar, aunque tímidamente, que si la evolución del embarazo ha sido normal, el parto no tiene riesgos: *“No, en principio no...”* (Mt.2), o tiene los mismos riesgos de la vida diaria, aunque la realidad es que *“parece que se esté encarrilando la cosa a que el embarazo y el parto se vea como un proceso patológico, como una enfermedad”* (Mt.1). Pero para los/as médicos es el principal tema de atención en sus discursos:

“La mortalidad perinatal y mortalidad materna existe y es responsabilidad nuestra intentar reducir esto a mínimos posibles. Sin duda, el parto es una situación de riesgo. Hay una mortalidad perinatal que no se ha podido disminuir... y la mortalidad materna es baja, pero no es cero y esto hay que tenerlo presente” (Dr.4).

Esta es la opinión mayoritariamente compartida: *“Ese riesgo potencial existe siempre. Yo creo que ése es el gran problema para el parto, es decir, que cualquier situación en un momento determinado puede enredarse y ¡puede enredarse mucho en pocos minutos!”* (Dr.3). La figura de la sospecha en el cuerpo que siempre puede poner en riesgo emerge reiteradamente en todos los discursos médicos y por ello, se impone el control al que las mujeres deben ser sometidas.

En el marco teórico apuntamos cómo en la percepción del riesgo va a influir el lugar que cada cual ocupa (Puy, 1995: 98). Cuatro de nuestros/as informantes médicos trabajan en hospitales¹⁴⁴, lugares destinados a la enfermedad y la patología, y en los que tienen lugar los partos bajo su responsabilidad. Es lógico pues, que tras el aprendizaje profesional centrado en las alteraciones, la gran mayoría de médicos/as vean en todos los partos una situación de riesgo potencial: *“Los partos son arriesgados ¿No dicen que es el viaje más corto y más peligroso que hacemos en la vida?”* (Dr.2); o *“La obstetricia tiene complicaciones potencialmente muy graves y se pueden presentar de una manera inopinada”* (Dr.3). Así, el riesgo parece tomar vida propia, se materializa al separarlo de la ideología con que se construye y los/as expertos/as aseguran la realidad de su existencia (Taussig, 1995:116).

Bestard (1996:11) apunta cómo culturalmente se hace prevalecer unos riesgos y se ignoran otros. Por ejemplo, hemos visto cómo el uso de analgesia epidural lleva a un aumento de instrumentación que, en opinión de Dr.2, no está exenta de riesgo:

¹⁴⁴ Ya apuntamos en la metodología cómo los médicos del estudio combinan sus servicios en diferentes estancias, tanto intra como extrahospitalarias o públicas y privadas.

“Los fórceps y las espátulas pues hacen muchas lesiones en el suelo pélvico, muchísimas, incluso en la pelvis. Como están anestesiadas, tu rotas, giras, puedes destrozarlo todo, ¡No se enteran de nada!”. Se ha demostrado desde hace años (Inch, 1982), que una intervención médica rutinaria sobre la mujer en el parto, genera una cascada de otras intervenciones de progresivo mayor riesgo; pero esto no es considerado como tal por la mayoría de los/as profesionales de la obstetricia como deducimos de esta afirmación: *“La gran mayoría de los fórceps son de complacencia, para acortar el expulsivo, pero serían evitables”* (Dr.1). Parece entenderse que los riesgos son los que presentan los cuerpos de las mujeres en su trabajo de parto. Con esto, se individualiza y se hace responsable a la “víctima”, evitando, como afirma Montiel (1997:236), la referencia a otras condiciones que lo han hecho posible y sobre las que las mujeres tienen pocas posibilidades de incidir; lo que Foucault (1990) denominó “iatrogenia positiva”:

“Efectos médicamente nocivos debidos (...) a la propia acción de la intervención médica en lo que tiene de fundamento racional. En la actualidad los instrumentos de que disponen los médicos y la medicina en general, precisamente por su eficacia, provocan ciertos efectos, algunos puramente nocivos y otros fuera de control que obligan a la especie humana a entrar en una historia arriesgada, en un campo de probabilidades y riesgos cuya magnitud no puede medirse con precisión” (1990: 101-102).

Los efectos positivos, afirma Foucault, son acompañados de consecuencias negativas y nocivas de alcance imprevisible; digamos que las actividades que se realizan para prevenir unos riesgos, generan otros, algo que ya apuntó Castel (1986:233) y recoge Chetley (1995). Pero estos riesgos no son asumidos como derivados del uso del sistema médico, sino que se consideran propios de la idiosincrasia del parto; esto es, del cuerpo, o por lo menos así son presentados por los/as profesionales y entendidos por la gran mayoría de la población.

Hemos observado que el riesgo tiene una carga moral de la que se les hace responsables a las mujeres -en alguna medida-. Así una matrona afirma que en el parto, *“si la mamá no tiene ninguna patología no hay ningún riesgo, si el bebé no tiene ninguna patología... no hay riesgo, si el bebé es normal... si la señora no tiene ningún problema”* (Mt.4). Para evitar los problemas del parto o, por lo menos inicialmente, las mujeres deben haber cumplido con el dictado de los/as expertos/as en las actividades de prevención, de las que Montiel asevera (1997:263) son explícitamente culpabilizadoras como así lo refleja el discurso de esta matrona:

“Bueno, si no cumplen les paso la pelota, les digo, mira, tú misma, tú eres la responsable de tu salud y si no haces lo que nosotros te indicamos te puede pasar esto... te puede pasar aquello. Por ejemplo, en el caso que no toleran el hierro, si no vuelven, pues yo lo que les digo: es que se están jugando una transfusión en el parto y hoy en día una transfusión es una situación de alto riesgo” (Mt.2).

La amenaza de catástrofes, afirma Douglas (1996:93), se activa para renovar el compromiso de los sujetos con los objetivos de las instituciones. Ante la duda del incumplimiento, el mecanismo se dispara. Las mujeres deben aceptar los dictados médicos en un discurso que se expresa en poder de la verdad y en base a un saber absoluto desde el que se fomenta la amenaza moral del riesgo, ingredientes que aumentan el dominio de la institución médica (Bensaid, 1986:88), y el consentimiento y obediencia de las mujeres. Algunas de ellas han interiorizado los discursos de una responsabilidad que viven con culpabilidad como lo exponen estas tres mujeres:

“El riesgo existe, depende de la madre, hay madres que no dilatan, hay madres que sí... que tiene un riesgo pero que depende mucho de mí. Sé que soy nerviosa... que me pongo super tensa... entonces claro, para mí es un riesgo el parto” (Montse).

Paula asegura que *“puede que la madre no respire bien o que no haga fuerza”*, y justifica la necesidad de intervención médica en el parto como consecuencia de que las madres *“no saben”*, opinión que también hace suya Laura:

“Igual no soy capaz... y me tienen que abrir porque no soy capaz de empujar. No hacerlo bien, o sea, como entorpecer ¿no?... y que el crío tenga que sufrir porque yo no hago lo que tenga que hacer... ¡Eso me da mucho miedo!”

Vimos que en la preparación que realizan para la maternidad y parto, las matronas hacen referencia a esta responsabilidad moral materna de ayudar al bebé durante el nacimiento, como reproduce la pareja de Paula: *“Se ve que hay que oxigenar al bebé porque si no, le falta oxígeno y claro, con el esfuerzo no respiras lo que debieras”*. Y el padre asume una responsabilidad indirecta: *“Yo no puedo hacer nada, sólo ayudarla a ella y que oxigene bien...”*. Entendemos que la responsabilidad y culpa que se manifiesta en los discursos de estas mujeres y parejas parece responder a las teorías expuestas por Douglas (1996) respecto al peligro/culpa cuando afirma que la naturaleza, como causa de riesgo, *“es aún más eficaz a la hora de asegurar la conformidad moral cuando la culpa es retirada de las víctimas –niños mal oxigenados- y colocada sobre los hombros de los más próximos y queridos”* (Ibidem:95), subrayando que *“la amenaza de la naturaleza a sus personas queridas, muestra a las madres dónde está su deber”* (ibidem:95). De las mujeres se espera la colaboración

que los/as profesionales indiquen en la atención a su parto. Se habla de debut, examen y otros apelativos que lo presentan como una prueba a superar en la que las mujeres deben participar demostrando su interés; lo contrario, generará culpa. Por ejemplo, Marina está preocupada por los resultados de su futuro parto y señala que, para ella, *“es como cuando te preparas para un examen muy bien, y luego sacas un cero, bueno, un cero no, pero la nota no corresponde a todo lo bien que te has preparado”*; opinión en la que se transparenta su interés por sacar buena nota.

No saber, miedo, dolor y riesgo son componentes de las representaciones del nacimiento por las que indefectiblemente se impone la necesidad lógica de un servicio técnico –más o menos preparado- que lo solucione, como afirma Anabel de uno de los temas: *“La episiotomía claro, es controlada, saben donde cortan, pero si te desgarras... va por allí, por donde es más fácil”*. Los/as expertos/as se hacen necesarios/as y las mujeres destacan las ofertas de los diferentes centros que garantizan estos servicios en los que el hospital público se muestra preferente para quien prioriza la tecnología: *“Allí están los mejores aparatos, si hay alguna complicación allí está todo lo mejor que hay, que existe”* (Cristina). Pero no para todas es así. Por ejemplo, en la elección del hospital, si es posible, Roser no piensa en el riesgo y valora más del hospital sus servicios de restauración de mayor calidad que se traducen en *“habitación individual”*. Todas las mujeres del estudio, dando por hecho el control del riesgo en los hospitales, manifestaron esta preferencia y quienes van a clínicas privadas lo valoran más allá de los recursos del centro para afrontar los posibles riesgos.

4.1.4. El parto: un trabajo médico

El sistema médico se ha apropiado del parto y ha impuesto su discurso de forma que hoy, social y profesionalmente, es aceptado que el parto es un asunto que necesita de su intervención¹⁴⁵; así lo afirma Julio: *“Que quieras que no es una operación que no depende de ti, que va a haber unos médicos y otras personas... es igual que cuando te operan”*. Y los médicos asumen que es *“su responsabilidad”*¹⁴⁶. Expresiones entre profesionales: *“Quién hace el parto”* *“Tiene que hacer partos”* (Mt.4) o de las mujeres *“¿Quién te hace el parto?”* indican la aceptación de ello. Para algunas

¹⁴⁵ De este tema es interesante revisar la investigación de Eyer (1995:188-181) donde aporta datos de cómo el parto ha sido apropiado por el sistema médico.

¹⁴⁶ Ya hemos visto cómo una de las mujeres que acudió al hospital pidió solamente la presencia de la matrona, solicitud que el médico concedió. Esta situación es una rara excepción.

mujeres embarazadas el parto se presenta como un asunto diferente a ellas del que pueden eximirse y *“no enterarse de nada”* se presenta como un valor a conseguir apoyado por las prácticas de la ideología y valores de la medicina: *“Normalmente no tienen ningún problema, hoy en día menos con la epidural o con la raquianestesia, porque con ésta... no se enteran”* (Dr.2). Parece establecerse una alianza entre las mujeres y el sistema médico. Algunas de ellas no quieren enterarse, es como si hicieran un paréntesis desde el final del embarazo al puerperio. Ante esto, se justifica que los/as profesionales hagan suyo el campo del nacimiento. Así Dolors manifiesta que prefiere no saber nada: *“Me cierran los ojos y no me entero. Si no sabes, yo para mí que voy más tranquila, más relajada. Hay gente que no se entera de nada”*. Y Nuria comenta la suerte de su cuñada que no se enteró. Otro de los medios utilizados para la evitación, es *“no pensarlo”* (Cristina). La profunda desconfianza en el cuerpo y la vivencia negativa de sus manifestaciones lleva a la decisión de eludirlo y de nuevo, la mejor solución para algunas es la cesárea: *“La señora te pide que se lo saques”*, afirma este médico (Dr.1), coincidiendo con la opinión de Dolors: *“Yo ya tenía gana de que me sacaran esto de aquí dentro, que estaba harta... estaba cansada”*. En la misma línea, una matrona explica cómo alguna mujer *“antes de quedarse embarazada ya tiene procesado en su mente de que quiere una cesárea, que no quiere contracciones y no quiere parir”* (Mt.1).

El parto y nacimiento sucede en y desde el cuerpo de las mujeres, pero en general, no se interpreta que sea realizado por ellas. Esto se deduce de la idea que se desprende cuando te comentan que *“te lo dan”* refiriéndose a que, una vez acabado el parto: *“si todo va bien, te dan a tu hijo”* (Cristina). Este concepto es expresado habitualmente con normalidad tanto por las mujeres como por sus parejas. Es una forma de hablar, pero la imagen que transmite es la del parto como actividad sanitaria en el que las mujeres no pueden intervenir y en la que, además, el feto también pertenece al sistema; te lo sacan y *“te lo dan”*. Anabel lo expresa muy gráficamente: *“¡Pues ya me lo sacaréis, si no es de una manera, de otra!”*. Los discursos de los/as profesionales refuerzan reivindicando esta realidad:

“El expulsivo cómo la mayoría lleva anestesia... tenemos que tirar de maniobra de Kristeller por mi parte, y debajo... de espátulas por parte del ginecólogo. O sea, lo que digo yo, el niño nos lo repartimos ¿no? Un poquito mío, un poquito de los dos ..un cachito para la mujer” (Mt.3).

Hemos visto que los médicos afirman *“Nosotros somos los responsables”*, y Roser señala que el médico le ha dicho: *“No te pienses que a una persona que está*

verde la hago parir”, lo que parece significar que sí puede hacerlo en otras circunstancias, como así se demuestra cuando explica: *“Claro, al final dices ¡yo quiero que salga!. Igual si en ese momento viniera un médico y te dijera: ¡Yo te hago que salga mañana!... igual... es mi caso ¿no? Igual me lanzo”* (Roser); reflexión que transmite el dominio del sistema médico sobre el cuerpo femenino durante el parto.

Tanto en el discurso de las mujeres como en el de los/as médicos, siempre son estos/as últimos/as quienes se presentan como necesarios en el transcurso de los partos. A las matronas no se hace referencia aunque en la práctica son quienes más tiempo permanecen con las mujeres tanto en la asistencia pública como privada, ocupando un puesto próximo al de ayudantes e intermediarias entre el/a médico y la mujer embarazada. Una matrona (Mt.3) explica que en la asistencia privada ellas toman la decisión de ingresar o no a la mujer. Avisan al médico, pero ellas ponen la medicación acordada, deciden el momento de la anestesia y cuando ya está próximo el nacimiento, le llaman. Así, en el hospital privado o de mutua, la obligación de la presencia médica en el expulsivo hace que:

“Ellas se chupen unos buenos fregaos hasta que aparece el ginecólogo. La señora quiere la presencia del ginecólogo que tarda más de lo que... y ellas: tranquila mujer, tranquila. El médico es el que hace el parto, es el encargado, el que tiene la confianza de la familia porque ellos se fían de la persona que ya conocen” (Dr.1).

Las matronas de los centros privados aunque cuidan y acompañan durante toda la dilatación y nacimiento, no asisten personalmente a la salida de la criatura – a no ser que sea una emergencia-; ya que esto es función de los/as obstetras. En los hospitales públicos el parto normal y sin epidural suele ser competencia de las matronas, pero el médico debe dar su consentimiento. Un parto respaldado con el nombre de un/a médico da mayor prestigio a las mujeres.

4.2. El paso a la maternidad. Rituales y experiencias del nacimiento

La intensa medicalización de la asistencia al parto en los hospitales responde a la lógica de su definición patologizadora. Además, apuntamos que el nacimiento ha sido considerado como un rito de paso en el sentido que estudió Gennep (1986). Ser iniciada supone la aceptación y sometimiento *“a toda clase de prescripciones y prohibiciones especiales referentes al alimento, ropa y el movimiento en general”* (Leach, 1993:108), así como a señales físicas que dejarán marcas, al dolor y la presencia purificadora de la sangre, aspectos todos ellos que forman parte de la

atención al parto (Montes, 1999b:56). Es a partir de este enfoque ritualizado o “*ceremonia quirúrgica*” (Menéndez, 1990:67), desde donde se puede dar sentido a muchas de las prácticas que se llevan a cabo en la atención al parto en los hospitales. Analizamos el ámbito de la asistencia al parto en Tarragona considerándolo como un “mundo local” (Kleinman y Kleinman, 2000:17) en el que se pone de manifiesto las tendencias político-económicas, ideológicas y valores de un mundo social más amplio¹⁴⁷.

Como modelo de guía para el análisis hemos tomado las etapas propuestas por Goffman (1992); la de pre-paciente donde da comienzo el ritual de separación y la de paciente, en la que se consolida el rito. Ambas etapas se enmarcan en el contexto ritual de la atención al nacimiento en los hospitales públicos y privados desde donde, a partir de la definición médica del parto y el uso y funciones de la tecnología y la medicalización, analizamos la experiencia relatada de las mujeres junto con las opiniones de los/as profesionales y las relaciones que entre ambos se establecen. Las etapas que proponemos conforman el itinerario habitual, pero según el momento del parto en que se encuentre cada mujer, este recorrido puede ser modificado tanto para acortarse como para aumentar en intervenciones y duración.

4.2.1. La mujer pre-paciente

Las mujeres acuden al hospital por su propia decisión, cuando las contracciones que presentan les hacen suponer que el parto ha comenzado. Alba comentó:

“Hay amigas que me han dicho: he ido como con un dolor de regla pero más fuerte... Claro, una cosa es el dolor de regla que yo tenía el miércoles... un poco más que un dolor de regla... que los dolores que tuve el jueves. Pero es que te engañan porque te dicen: tienes que ir cuando tengas contracciones cada cuatro minutos... Entonces fuimos el miércoles aquél... Yo las tenía cada cuatro minutos!”

Pero el parto no se diagnosticó como iniciado y regresó a su casa. Con las señales del nacimiento próximo emerge en las mujeres una situación emocional de mucha vulnerabilidad. Ramón, pareja de Nuria, así lo relata:

“Ella antes de salir... me dijo... y le salían las lágrimas ¡tengo miedo!. A ella le daba miedo decir voy a... al hospital, tengo que hacer esto... pero no dijo a

¹⁴⁷ Kleinman y Kleinman (2000) proponen el estudio de los mundos locales –pueblos, barrios, lugar de trabajo- porque su cultura “*es troquelada por los grandes aparatos simbólicos*” (ibidem: 2000:18) de una cultura más amplia.

nadie que tenía miedo... Pero yo... durante el día y antes de irnos empezó a llorar... Tranquila, que no pasará nada, tranquila..."

También Laura habla del miedo: *"Ya estaba allí el final ¡ya el crío venía! Tenía mucho miedo..."*; Dolors lo expresa como *"cangueli"*. El miedo predispone a la sumisión y acatamiento de las normas, y facilita la manipulación moral del paciente (Taussig, 1995), como también opina esta matrona:

"La mujer está en una situación de inseguridad ¿eh? y de vulnerabilidad, pues normalmente el equipo sanitario abusa de ella, abusa del poder, abusa de... ciertas prácticas... y bueno, pues la mujer no está en una situación de igualdad con respecto al personal sanitario en el hospital" (Mt.2)

En el desplazamiento siempre han sido acompañadas por su pareja y, en ocasiones, una segunda persona suele ser la madre de la mujer. Puede que en esta primera visita al hospital no avisen a la familia por temor a equivocarse en su percepción de las señales de parto, y no siendo aceptadas para el ingreso tengan que regresar al domicilio, situación que tres de ellas definieron como bochornosas: *"Mas que nada por la vergüenza de ¡mira!, Cómo soy primeriza otra vez aquí ¿no?"* (Alba).

Entrarán por el servicio de urgencias y desde allí se las acompaña al área de partos donde serán recibidas y atendidas, bien por las matronas como por médicos o ambos, dependiendo del trabajo del equipo en ese momento. Las mujeres entran en un espacio restringido, en el espacio del ritual, al que contadas personas tienen acceso. En todos los hospitales el paso de un lugar a otro lo marca una puerta¹⁴⁸ que conduce a un pasillo y que, aunque su apertura en dos de ellos no presenta dificultad, nadie la traspasa si no es con permiso¹⁴⁹. El cartel de *"Área de partos, no pasar"* es respetado; si se necesita de los/as profesionales, hay un timbre al lado de la puerta y se deberá esperar a que éstos/as aparezcan.

A los umbrales y puertas de entrada se les concede socialmente una enorme importancia, señala Leach (1993): *"Los individuos entran y salen a través del umbral, pero es fundamental para nuestra seguridad 'moral' que esto no cree confusión sobre la diferencia entre el interior y el exterior"* (1993:84). La puerta del área de partos marca los límites entre los dos mundos. Fuera queda el mundo profano de la vida

¹⁴⁸ La puerta debe ser suficientemente ancha para permitir el paso de una cama.

¹⁴⁹ Aunque una práctica habitual es que los de fuera miran por los resquicios de la puerta para intentar ver lo que pasa dentro.

cotidiana; dentro se presenta la mística de lo limpio, lo sagrado, en el que los/as oficiantes vestidos de ceremonia y con un lenguaje propio, transmiten la representación de estas propiedades. Pero las mujeres en su entrada deben esperar a ser definidas como aptas para el ingreso. Son dirigidas a un espacio intermedio cerca de la puerta de entrada donde tras el reconocimiento, se decidirá si pasa o no al espacio ritual o son devueltas nuevamente al profano. En los hospitales observados se suele establecer una separación física entre este pre-espacio y el de dentro, bien por otra puerta o una cortina. Las separaciones se marcan de diferentes formas adaptándose a la arquitectura de cada centro. Siempre hay un pasillo que transitar y en el fondo de éste, se sitúan las salas de ceremonias-partos, alejadas de la entrada, lo contaminado. Cuando más se avanza hacia el fondo, más limpio, estéril y sagrado es el espacio y, si la persona que lo traspasa no forma parte del personal sanitario o no está adecuadamente vestida para ello, puede ser recriminada y considerada como un/a intrusa/o.

La mujer es visitada casi siempre por profesionales vestidos/as de blanco, color que es utilizado en los espacios considerados menos limpios, impureza que transmite la mujer recién llegada. Si alguien va vestido/a de verde, denota su proximidad y pertenencia a aquellos lugares limpios así como su participación en las funciones rituales al interior del cuerpo. El color del uniforme señala las diferencias de los lugares y las personas que en ellos se mueven. El verde simboliza la higiene, esterilidad y asepsia, propiedades que se integran en quien lo porta, indiferentemente de su posición en la jerarquía y que, además, refuerza la ideología de la sacralidad del espacio y sus funciones. Lo utilizan aquellos/as profesionales que se mueven en las salas más internas del área como son la de partos y quirófanos.

Espacios y colores son respetados por los/as profesionales con un orden, pero no rígidamente, así, la mujer puede ser recibida en el espacio intermedio por un/a profesional vestido/a de verde, pero dentro de las salas de partos no se podrá vestir de blanco mientras transcurre la intervención ya que simboliza la transmisión de la contaminación de “fuera” de este espacio con la que ha estado en contacto. También, el personal sanitario del área puede traspasar los espacios sin peligro a contaminar, y relacionado con la posición jerárquica; esto es, a mayor posición, menos capacidad de contaminación. Por ejemplo, los/as profesionales médicos pueden, con ocasión de su llegada y salida del trabajo, transitar por el pasillo –no en salas de partos- con la ropa que utilizan para la calle.

El mantenimiento de las normas dentro/fuera, limpio/sucio es más estricto en las horas de mayor actividad, que suelen corresponder a las mañanas, o cuando éstas pueden ser cuestionadas, por ejemplo, para restringir los movimientos de un padre¹⁵⁰ que sale y entra repetidas veces y no se viste con la adecuación del lugar. Cuando el trabajo disminuye o la jornada laboral de muchos profesionales finaliza, las normas son más flexibles, pero siempre con la tendencia a respetar los principios de “dentro/limpio/sagrado/verde” frente a “fuera/contaminado/profano/blanco”.

En los centros públicos la mujer es requerida a pasar sola a este espacio preliminar, la pareja y acompañantes se quedan en la puerta o cerca donde suele haber un lugar para la espera. La carta de presentación, como ya dijimos, es “el carnet de la embarazada” en el que, con una mirada rápida, se extraen los datos más relevantes así como el recorrido que ha realizado en el embarazo y algunas incidencias¹⁵¹, mientras se va preguntando el motivo de su visita y los síntomas físicos por los que ha venido. Con la información que proporciona, los/as profesionales van registrando y construyendo una idea tanto de ella, como de su situación en la dinámica del parto, y estos datos se completarán con la historia clínica de la embarazada que está en posesión del hospital y en la que se reflejan las últimas visitas que se llevaron a cabo¹⁵².

Las personas que la atienden no se han presentado, y puede que tampoco lleven indicada su profesión o nombre sobre el uniforme, pero se les acepta como profesionales por su actuación y el espacio donde se encuentran. Dependiendo de variadas circunstancias, como las manifestaciones físicas de la mujer o el número de profesionales presentes, puede que sin dar tiempo a que la mujer se haya sentado, se le indica que se desvista detrás de una cortina situada en la misma habitación en la que hay una mesa y el material para la exploración, tarea esta última en la que suele estar presente una persona auxiliar que da apoyo tanto al profesional como a la mujer. Los datos se van completando con preguntas tras la cortina y se indica a la mujer que se ponga en posición obstétrica. Mientras el/la profesional está inmerso/a en el registro burocrático, el personal auxiliar suele presentar el lado más amable o próximo a la

¹⁵⁰ A las parejas de las mujeres siempre se les reconocerá con el nombre de “el padre” y si hay que avisarle será “el marido de”, nunca por el nombre.

¹⁵¹ Por ejemplo, el excesivo peso puede estar remarcado con rotulador de color, también, si la mujer se ha negado a realizar alguna prueba se resalta.

¹⁵² En uno de los hospitales este último paso está informatizado.

mujer mostrando interés por aspectos relacionados con la criatura por nacer además de indicarle la forma en la que se encontrará más cómoda. Tras la revisión, no se suele dar información sobre el resultado y, aunque algunas mujeres pregunten, dependiendo de los/as profesionales se contestará más o menos claramente, Cristina lo explica así: *“No te dicen nada claro, yo les decía: bueno ¿estoy de parto? ¿me voy a ir a casa o qué?... “bueno, iremos registrando las contracciones para ver como va...”*. Se supone que éstos son datos médicos que no interesan a la mujer aunque muchas expresen lo contrario. A continuación se le colocará el registro para conocer las contracciones y latido fetal por un tiempo mínimo de media hora¹⁵³, mientras, los/as profesionales desaparecen. La mujer se quedará sola durante este tiempo. Dolors expresa que sintió miedo: *“Cuándo me dejaron sola ¡hosti! Sí, sí, te da miedo, da impresión, supongo que es porque es el primero...”*

Las mujeres colaboran y facilitan el proceso; permiten sin cuestionar la exploración de espacios íntimos de su cuerpo, cumplen órdenes y se adaptan a los requerimientos que se les indican. Una matrona explica que, en general, aceptan lo que se les dice y hace, que excepcionalmente se ha encontrado con alguna que cuestiona:

“No estamos acostumbrados a que se nos cuestione nuestro trabajo, es un mundo muy hospitalario... son instituciones cerradas y como tal ahí... es... la parte normativa y de funcionamiento (...) La mayor parte cuando te cuestionan las cosas es porque no saben, en muchas es de desconocimiento y simplemente les das una explicación de lo que estás haciendo y se quedan tan tranquilas” (Mt4.2).

El hospital como institución tiene unas reglas y, específicamente el área de partos es el “espacio institucional del otro/a” y sus normas deben ser asumidas. Así, lo que las mujeres puedan sentir, sus dudas o explicaciones más allá de lo que les interesa a los/as profesionales, no es escuchado y, si acaso surge, se corta con nuevas preguntas que indican su no pertinencia¹⁵⁴. En este primer encuentro, si no estuviera claro, se marca el rol que cada uno/a debe cumplir. La mujer será la paciente, sumisa y subordinada (Pizzini, 1989) ocupando el lugar del “no saber”, frente a los/as expertos/as que sí saben y que decidirán sobre ella y su cuerpo mientras permanezca en esta área. La representación del parto como problema lleva implícita la

¹⁵³ Estas prácticas y tiempos cambian dependiendo de las condiciones de parto que presenta cada mujer.

¹⁵⁴ Esta tendencia general va a modificarse dependiendo de aspectos personales de los/as profesionales y del centro –público/privado-.

aceptación de las normas que dictan quienes tienen el poder de resolverlo; así, las mujeres del estudio no plantearon dudas a las indicaciones profesionales. Digamos que, en su interiorización de “no saber” se abandonan con más o menos confianza. Finalmente y tras relacionar todos los datos se le informará del próximo paso que puede ser, bien regresar a su casa o quedar ingresada.

En el primer caso, el dictamen de que las señales no son de parto son vividas con una profunda frustración por las mujeres. Se quedan desorientadas respecto a su interpretación de estas señales, percepción que se manifiesta por sus múltiples preguntas que, sin esperar a ser respondidas, parecen más bien la exposición de una queja que se permite porque la mujer no pertenece a los espacios profesionales. Alba decía: *“Entonces ¿Cuándo tengo que volver?; Y, si esto no es ¿Qué es entonces?; ¡Pero a mí me duele!; llevo todo el día; ¡Pues no sé como aguantaré! ¿Cómo sé que tengo que venir?”*. La mujer ya se ha vestido, se le ha facilitado la recogida de sus pertenencias, se le dan abundantes indicaciones de las posibles señales por las que deberá volver y se la despide con un “hasta pronto”. La rapidez de estas explicaciones y su gran variedad de matices en un momento en que la mujer se encuentra psicológicamente vulnerable, las hace poco útiles en la práctica y como resultado una matrona apunta que: *“Las hay que vienen hasta cuatro veces”*. Dentro, la mujer ha mantenido la entereza. Alba estaba feliz porque pensaba que su parto había comenzado, pero ante la negativa, ya en la puerta en el encuentro con su pareja y familia aparecieron las lágrimas y continuaron las preguntas *“¿Y ahora qué hacemos?”*. El personal la ha acompañado y la información que dan a la pareja es escueta: *“No se queda”* o *“no está de parto”*. Alba acudió dos veces más y su opinión cambió: *“Te quedas más tranquila, te distraes... vas... es que si no, se hace largo y entre que vas y vienes... Te dicen que no; pues bueno, te vas. Si tuviera que ir cinco veces, iría”*. Aunque su pareja afirma que *“sufres más yendo y viniendo”*. Dolores, después de acudir tres veces quedó ingresada en la planta de maternidad; su pareja explica:

“Vino una comadrona que nos dijo: según como estés... si se te pasa, te enviaremos a casa. ¿Para casa? ¿Qué hacemos en casa? ¡Si a la media hora volveremos a estar aquí!... y estaba preocupado. Pensaba: ¡hombre! A casa yo no me la llevo, lo siento mucho...”

En los centros privados y dependiendo de su tamaño, esta etapa puede convertirse en un sencillo trámite de exploración para comprobar si la mujer está o no de parto. Antes hay que localizar a la matrona que generalmente ya conocen por el

nombre y que las trata con familiaridad. Estas van vestidas con su ropa de calle y puede ser que se pongan una bata blanca encima lo que da al encuentro un carácter informal. La pareja siempre está presente y la matrona, tras la exploración, consultará telefónicamente con el médico sobre las decisiones a tomar y posteriormente dará las explicaciones sobre su resultado a ambos.

4.2.2. La mujer paciente

Si la mujer queda ingresada, dan comienzo las prácticas de transformación ritual que la disponen para el nacimiento. Todos los ritos de paso se estructura en tres fases (Leach, 1993); la primera o de separación de su rol habitual, que tiene lugar con el ingreso en el hospital; en la segunda o margen, con una duración intemporal, tendrá lugar la transformación de mujer en madre y, finalmente, la iniciada será devuelta a la sociedad.

4.2.2.1. Separación y despersonalización

Los ritos de separación a los que son sometidas las mujeres reproducen de forma muy gráfica las teorías que se han hecho sobre el tema (Van Gennep, 1986; Turner, 1988; Leach, 1993), cumpliendo los pasos que dicta el ritual. Así, después de emitido el diagnóstico de ingreso, da comienzo la purificación. Sin bajar de la mesa de exploración se le realizará la limpieza y rasurado del periné¹⁵⁵ y, tras esto, una vez levantada, se le indica que se despoje de todas sus ropas que sustituirá por una bata estándar del hospital. Se eliminarán también todos los adornos de su cuerpo y hasta el reloj, objetos estos que se entregarán a la pareja cuando se le autorice la entrada. La mujer queda así despojada de aquello que construía su “yo” y coincidiendo con que *“el personal maneja mejor al enfermo cuando mayor es el grado de despojo”* (Goffman, 1992:87). En el proceso es acompañada por personal auxiliar que le va indicando los pasos y, una vez preparada, es trasladada a la cama de una habitación próxima o sala de dilatación. Tal es la expropiación de sus pertenencias que las mujeres recorrerán - casi siempre- este camino descalzas y tratando de mantener su dignidad poniendo cuidado en que la bata no se abra y deje al descubierto parte de su cuerpo desnudo. Antes de ser recluida en la cama, debe completar la purificación, bien a través de un enema¹⁵⁶ o siendo animada a que espontáneamente utilice el water. La mujer queda

¹⁵⁵ La amplitud del rasurado está relacionada con cada centro. En la actualidad la tendencia es limitarlo al lugar donde posteriormente se realizará la episiotomía.

¹⁵⁶ Esta práctica está siendo cada vez más restringida y su uso se relaciona con tendencias del personal y del centro.

así despersonalizada y convertida en paciente, objeto sobre el que trabajar. No hay en ella signos externos de su condición social anterior¹⁵⁷. Separada de la existencia normal; *“se vuelve temporalmente una persona anormal, existente en un tiempo anormal”* (Leach, 1993:107).

4.2.2.2. Margen

El paso al periodo de margen se marca cuando instalada en la cama y reducido su movimiento, da comienzo la introducción de fármacos en el cuerpo. Una matrona se hace cargo de la mujer y ahora sí, algunas de ellas se presentan e informan que le acompañarán durante todo el recorrido; mientras tanto, se le coloca una perfusión venosa por donde se inyectarán medicamentos si así se requiere. En este acercamiento puede que la matrona la llame por su nombre, responda a sus dudas, y explique los pasos que seguirán las intervenciones médicas. La matrona prepara los impresos e identificación de la criatura que nacerá, se interesa por la decisión de la mujer sobre el uso de la epidural y si es afirmativa, deberá firmar el consentimiento.

En el relato de la experiencia de las mujeres del estudio el proceso de convertirse en paciente es asumido como parte de las normas hospitalarias que se aceptan socialmente por la interiorización de la definición médica del parto. Se entiende que el nacimiento necesita de todas estas intervenciones y se viven normalizadas, por lo que pocas veces son expresadas por las mujeres. La influencia más relevante en su recuerdo va a estar relacionada con el trato que recibieron: *“Se portaron muy bien todos”* (Alba) y facilitado porque *“tuve la suerte de pillar... no sé, una tarde tranquila o la gente que te inspira tranquilidad también porque les ves tranquilos a todos...si”* (Roser). Para Nuria fue importante que *“conocía a la doctora y al médico”¹⁵⁸ y la otra que me cosía, la comadrona joven, es la que está con las matronas en consulta...”. En general, todas las mujeres y parejas, en diferentes medidas, expresaron su satisfacción y dos lo relacionaron con que “lo que ayudó es que no hubieran más pariendo, entonces la gente está muy pendiente de ti y muy amables”* (Dolors). Esta afirmación también la hace una matrona que se queja del *“poco espacio que tenemos para entretenernos a veces con las personas (...) me falta... me falta*

¹⁵⁷ Pizzini (1989:5) plantea el interés de los/as profesionales y de la propia mujer en lo que ella denomina “desexualización”. Nosotras observamos que el papel de paciente y la cosificación de la mujer elimina toda connotación sexual, y esto reforzado por la definición médica del parto y su proximidad con la maternidad.

¹⁵⁸ Ambos médicos le hicieron la amniocentesis y, aunque duró poco tiempo, fue suficiente para sentir confianza.

tiempo” (Mt.4); y en ocasiones la falta de atención personalizada puede dar lugar a situaciones que provocan experiencias no gratas. La amabilidad de la matrona y el ser reconocida por el nombre, aunque sea momentáneamente, mejora la condición de la mujer:

“Me preguntaba: que ¿cómo va? ¿cómo se va a llamar la niña?... ya como más humano, más próximo, sí, como que ya no eres tanto un número y eres más un nombre, ya eres más... ya no es un niño más que va a nacer sino que es Juana, como más cercano”. (Cristina).

Aún así, la comunicación siempre está marcada por su situación de paciente; puede realizar algunas preguntas sobre su estado, pero sobre todo contestar a las requeridas. No podrá tomar ningún alimento ni se le permite beber, y quedará limitado su movimiento a la postración en la cama o, en contadas ocasiones, combinándolo, con el consentimiento de la matrona, a sentarse en una silla próxima¹⁵⁹, posiciones que repercutirán en la percepción del dolor de las contracciones: *“Tumbada se está peor, se está mejor sentada. En el baño se pasan mejor o si estás sentada en algún sitio... pero tumbada se pasa fatal, sobre todo las de gotero que tienes que estar tumbada ¡horrible!* (Dolors). Se han colocado sobre su vientre dos transductores desde donde se recogen las señales de las contracciones y el latido fetal que se registrarán gráficamente en un monitor situado a la cabecera, fuera de la vista de la mujer. Sólo finalizadas estas intervenciones, se permitirá la entrada de la pareja.

De ahora en adelante, el monitor será el principal referente –junto con las exploraciones vaginales- de la evolución del parto. Ya no será necesario preguntar a la mujer, puesto que el monitor dicta la realidad de los sucesos que están aconteciendo. Esta práctica denominada “monitorización externa” se justifica por el control continuo del bienestar fetal y *“llevar el monitor es una obligación y una buena asistencia”* (Mt.4). De ella se pueden extraer otras interpretaciones como son: la mujer como persona desaparece, afirmación compartida con Martin (1987:146), con lo que raramente se dirigirán a ella; se ha reducido a un útero-máquina que debe sacar su producto: la criatura; pero, la desconfianza en el cuerpo hace emerger la duda de si podrá realizar este trabajo, además de que en ello pueda poner en peligro al feto, con lo que se conecta a otra máquina que controle todo el proceso. Coincidiendo con esta interpretación, Davis-Floyd (2000) afirma que la tecnología utilizada en el parto emite

¹⁵⁹ En los últimos años algunas matronas se están haciendo eco de las tendencias a mejorar la situación de las mujeres. Poder levantarse de la cama es una de ellas.

el siguiente mensaje: *“Tu cuerpo es una máquina” “no funciona bien” “necesitas la ayuda de otras máquinas más perfectas para poder dar a luz”* (Ibidem:118). Esta ideología, continúa la autora, *“refleja con precisión los valores principales de la tecnocracia occidental”* (ibidem:118), que además, según nuestro punto de vista, pone de manifiesto la necesidad de estas intervenciones técnicas y el poder de los/as expertos/as que las manejen. Es más, la propia mujer confiará más en la máquina que en sus sensaciones físicas; por ejemplo, cuando Roser acudió por segunda vez al hospital por síntomas de parto, comparaba las curvas de las contracciones que registraba el monitor con las que se registraron la vez anterior, buscando en ello el diagnóstico de que el parto había comenzado. Más tarde y ya con la analgesia epidural puesta, la máquina se convierte en protagonista y parecía que Roser estaba a su servicio. Era su pareja quien, atento a la máquina, le avisaba cada vez que iba a tener una contracción para que hiciera unas respiraciones, puesto que la máquina detectó una bradicardia en el feto. Roser se adapta a lo que la máquina dice preguntando *“¿tengo contracción? ¿respiro?”*. También la máquina a la que está conectado el tensiómetro pita según la posición del brazo, Roser debe colocarlo según las necesidades de la máquina y además, lo hace muy a gusto.

Las actividades que se llevan a cabo sobre los cuerpos de las mujeres responden a la representación del parto como problema médico desde donde se define como un acto arriesgado¹⁶⁰. En general podemos decir que las mujeres y sus partos *“han sido retomados al servicio de construir una realidad cuya estabilidad no puede ser negada mientras haya expertos profesionales avalándola”* (Tausig, 1995:116). Así, siendo un proceso del cuerpo de las mujeres gestantes que se ha desarrollado casi siempre de forma saludable, necesita ser controlado y transformado dando la imagen de enfermedad en la que se justifica su medicalización desde la que se ejerce el control de las mujeres y sus procesos reproductivos (Juan, 1991:45). Estas afirmaciones responden a la interpretación de las intervenciones médicas observadas con motivo de esta investigación y que transcurren de la siguiente manera: la mujer ingresa y tras ser convertida en paciente, se le coloca una perfusión venosa –gotero- en la que se introduce habitualmente oxitocina con la finalidad de activar las contracciones que, aumentando su intensidad y frecuencia, acortan el parto, pero intensifican su dolor (O’Dowd, Philipp, 1994:24; Narotzky, 1995:61). Esta intervención,

¹⁶⁰ Esta concepción parece responder a lo expuesto por Douglas: *“Las instituciones utilizan la cuestión del riesgo para controlar la incertidumbre respecto de la conducta humana, para reforzar las normas y para facilitar la coordinación”* (1996:143).

además, puede provocar alteraciones, con lo que se hace necesario conectar un registro materno-fetal continuo¹⁶¹. A las intervenciones de este inicio suele sumársele la ruptura de la bolsa amniótica con la finalidad de que el parto avance más rápido. La mujer en todo este proceso debe permanecer tumbada, posición que no facilita como otras la dilatación o el avance de la criatura por el canal pélvico, que puede comprometer la irrigación placentaria y que, junto con la oxitocina, hace las contracciones difícilmente soportables. Ante esto, la mujer pide o se le ofrece la epidural, con la que se añaden nuevos posibles problemas y, para prevenirlos se suministra una perfusión más, además del tensiómetro continuo y posiblemente, la monitorización fetal interna. Todas estas técnicas, como ya comentó Sally Inch en 1982 en lo que ella denomina “*cascada de intervenciones*”, elevan progresivamente los riesgos. El nacimiento debe producirse con la intervención médica, dando coherencia y objetividad a la definición institucional del parto como problema, representación que también comparten y mantienen la mayoría de las mujeres tanto en la asistencia pública como privada.

En este contexto, el padre es el único elemento disonante ya que no forma parte del ritual. Su presencia tiene un claro apoyo por parte de muchos/as profesionales: “*Los padres están de forma activa, hay alguno que se marea (...) pero me gusta que el padre esté activo, que lo vivan...*” (Dr.2), pero también detractores. Lo habitual es permitir su entrada, que en la asistencia privada es incuestionable y en la pública está respaldada en los protocolos (PAPP, 2003: 93), pero siempre será el/a médico quien dicte la última palabra. Es bien recibido si cumple las normas que se le indican demostrando su adaptación y asunción de la definición médica del parto. La contaminación de que es portador queda contenida al ponerse sobre sus ropas una bata verde y unos protectores para los zapatos. Su función es que haga compañía, que ayude y esté allí dando apoyo moral a su pareja (Dr.1); “*aunque algunos simplemente se mantienen... son quizás más espectadores por múltiples cosas...*” expone una matrona (Mt4). Es la única persona a la que se le permite la entrada en la asistencia pública¹⁶² pero “*debe ser voluntario, tampoco es bueno imponerlo porque hay padres que se impresionan muchísimo*” (Dr.3). Permanecerá en la habitación junto a su pareja y, si quiere salir, pedirá permiso. Se encuentra en un espacio médico y

¹⁶¹ Eyer (1995:190) apunta que la monitorización puede también llevar a un aumento de intervenciones médicas innecesarias.

¹⁶² En los hospitales privados es más habitual que entre además otra persona como es la madre de la mujer, pero esto dependiendo de tendencias personales del médico que asiste.

desde él, se dictan las normas. La libre deambulaci3n se vive como desorden, confusi3n y contaminaci3n. El personal auxiliar y matronas controla los movimientos de aquellos padres demasiado aut3nomos, y justifican su inmovilidad en la preservaci3n de la intimidad de otras mujeres que est3n en el mismo 3rea¹⁶³ -est3n o no en ese momento-. Las 3rdenes del personal indican la sacralidad del lugar y marcan la diferencia entre las personas: qui3n sabe/qui3n no sabe, y los espacios: dentro/fuera.

Algunos/as m3dicos y matronas tienen la tendencia de hacer salir al padre cuando se realizan exploraciones u otros procedimientos sobre la mujer, pr3ctica m3s habitual en los centros p3blicos:

“En el momento pues hay mucho agobio y no hay donde meter a las parteras. En alguna ocasi3n pues oiga, salga porque se va a marear o va a tener una percepci3n muy negativa de todo ello. La impresi3n de la sangre... un parto es algo... incluso un parto normal es aparatoso” (Dr 2).

Por la observaci3n deducimos que simplemente es una costumbre, que se sienten m3s c3modos sin una presencia que se vive como fiscalizadora. Uno de los m3dicos en la asistencia privada se3ala: *“Yo, no les mando salir; ni en las instrumentaciones. Como son fuertes, est3n a la cabecera para que 3l no lo vea en directo... porque se puede impresionar, entonces siempre est3 en la cabecera”*. (Dr. 2), y todos coinciden en no permitirles la entrada cuando se trata de una ces3rea. Goffman (1992) afirma que *“el cliente se interesa mucho por lo que le ocurre a su cuerpo”* (Ib3dem:336), pero en este caso, la mujer poco puede ver lo que sobre 3l se hace y el padre s3, pudiendo desempe3ar el papel de un molesto observador con riesgo de alterar o cuestionar el orden que mantiene la representaci3n del parto como problema o enfermedad. Esta percepci3n del padre c3mo observador queda reflejada as3: *“Si haces lo que tienes que hacer (...) si est3s seguro de lo que haces, no hay ning3n problema para que el padre est3 presente y viva el fen3meno de la vida”* (Dr.4). Todos los hombres del estudio acompa3aron a sus parejas y estuvieron presentes en el nacimiento - salvo en aquellos partos que terminaron en ces3rea-. De ellos iremos conociendo sus experiencias en este apartado.

A lo largo de la espera en la que no est3 definido el tiempo, la mujer y su pareja permanecer3n en la sala de dilataci3n, un espacio en el que no hay intimidad.

¹⁶³ Siendo un espacio m3dico de “dentro”, las puertas de las salas de partos y dilataci3n pocas veces permanecen cerradas con lo que las mujeres quedan expuestas a la mirada de quien transita por el pasillo.

Máquinas y material son símbolos que hablan de la condición médico-ritual del parto. La puerta permanece abierta o semi-abierta y diferentes profesionales, matronas, médicos, auxiliares o estudiantes, entran y salen generalmente sin identificarse ni saludar en esta relación: a mayor cargo, menos saludos. Todos/as pueden revisar los datos de la historia clínica de la mujer sin consultar ni dirigirse a ella. Las revisiones para conocer la dilatación del cuello o tacto vaginal se realizan sistemáticamente cada hora y en ellas pueden tomar parte diferentes profesionales o estudiantes que, sin apenas mirarla, le indican que adopte la postura necesaria para la exploración. El impacto y connotación sexual de estas prácticas queda contenido y justificado por la definición médica del parto y la necesidad de representar el rol de paciente. Mientras, los/as profesionales hablan entre ellos/as en voz alta, bien de la propia mujer: *“Es una cefálica de evolución lenta, esto con una epi se pondría en expulsivo y con las espátulas ya habríamos acabado”*, como de otras mujeres: *“La de la dos está en completa”* o de cualquier otro tema. La mujer no existe en su condición de sujeto (Goffman, 1992:337), sino de objeto y es tratada como tal.

Si aparece la queja con motivo de las contracciones, se le indicará lo que debe hacer unas veces con amabilidad y otras desvalorizando el motivo con frases como: *“No es para tanto, acabas de empezar, eres un poco quejica, respira y relájate”*. Si la manifestación de dolor es consecuencia de un acto médico, la negación o justificación de los/as profesionales es automática. Así lo observamos cuando una matrona realizaba un tacto en plena contracción a una mujer que iniciaba su parto. La mujer pide que espere, que le hace daño, la matrona continúa y la mujer se queja más. El cuello está muy alto y hay que hacer fuerza, la mujer empieza a llorar. Aunque la matrona expresa la necesidad de haberlo realizado en beneficio de la mujer, la percepción de la antropóloga es la de que era innecesario. Cristina apunta:

“Luego, cuando te hacen un tacto o lo que sea y te duele ‘¿qué? ¿Qué te pasa?’ Como diciendo: esto no te ha de doler ¿no? Esto no te duele porque al fin y al cabo tú hija va a salir por aquí. Es algo así como... que si te duele, te aguantas ¿no? Que no lo expresas, que te calles”.

Hemos observado que los/as profesionales no admiten el dolor que causan y esto es proporcional a su estatus; así, los/as médicos lo niegan totalmente y las matronas pueden aceptarlo algo y los/as estudiantes se disculpan. En todo caso, es un dolor legítimo por esa necesidad profesional de control. La presencia de la queja relacionada con el progreso del parto lleva a la indicación de analgesia. A las pocas

mujeres que prefieren retrasar su uso o no utilizarla, el entorno y insistencia de los/as profesionales no les facilitan el mantenimiento de esta decisión: *“Normalmente no la respetan porque la que quiere dar a luz sin epidural le dicen ¡tantas veces! ¿Quieres la epidural? Que al final la acaban cogiendo”* (Mt.2), testimonio que nos aporta una informante casual cuyo parto tuvo lugar en un hospital privado de Barcelona:

“Había pasado el anestesista varias veces diciendo... que esto, que me iba a poner la epidural y yo le decía que no... que quería parto natural... y ya, la última vez que pasó, me pilló ya agotada, harta y la verdad es que entonces empezaba a sentir dolor. Yo creo que ya más hastío que dolor ¿no? ¡Pues póngamela!”

El hecho de que la mujer dé su opinión puede alterar los planes profesionales que lo viven con contrariedad si no coinciden con estos y como resultado, puede ser penalizada con frases como: *“Luego no sé si encontraremos al anestesista”* o cuando ya la mujer decide ponérsela: *“Eso hay que decirlo antes, hay que tenerlo pensado, son decisiones importantes que hay que tener pensadas”* (Mt.4) y puede que se justifique una ligera sanción de espera.

De las catorce mujeres que tuvieron sus partos en hospitales públicos y privados, one utilizaron esta anestesia¹⁶⁴ y sus opiniones son: *“No me enteraba de nada, la verdad es que ¡que milagro la ciencia!”*, dijo Alicia, aunque en el proceso *“te pinchan y no sé que te hacen, es un rato, no es un flash”*. Roser asegura que *“no eres dueña de tu cuerpo. Tú no notas nada, nada, nada. Te sientes un poco así, pero por otro lado ¡a ver! Es una maravilla la epidural”*. Cristina opina que es *“un gran alivio y que es necesaria para todas las mujeres”*. Montse que *“es un lujo”*. Y finalmente Dolors me dijo: *“Después de ponerme la epidural... es una maravilla. Sí que te da un poco de respeto porque al pincharte en la columna piensas ¿y si pincha mal? Pero no... una pinchadita y no hace mucho daño”*.

De diferentes formas todas coinciden en resaltar sus beneficios y la eliminación del dolor se convierte en una necesidad también para los padres: *“Yo sufrí por verla a ella sufrir, porque sufría. Se pasa un trago duro... estar ahí al lado sin poder hacer nada...”* (Ton); *“¡Sufría hasta yo viéndola!”* (Marcos). Y eliminar estas vivencias es un objetivo de los/as profesionales: *“El mecanismo del dolor... en principio hay que quitarlo. La gente no debe sufrir teniendo la posibilidad de no sufrir”* (Dr.2). La

¹⁶⁴ Ya hemos apuntado que una de ellas, Anna, planificó no utilizarla; a Nuria las circunstancias no se lo permitieron; y Ángels, habiendo preparado un parto en casa, tuvo que ir al hospital pero no la necesitó.

anulación del dolor es positiva ya que permite *“que la pareja pueda vivir toda la dilatación y el momento del parto perfectamente, sin perderse ni un detalle”* (Dr.1). Paula refleja esto exponiendo que *“no es normal estar sufriendo en el siglo en que estamos para parir. Hay que parir pues alegremente, pues bien... sin dolor... yo creo que parir tiene que ser bonito, en cambio, sin anestesia yo no lo disfrutaría”*. Analgesia y bienestar aparecen unidas aunque esta percepción cambió en Mónica que ingresó para una cesárea: *“Es muy desagradable, el pinchazo y eso muy desagradable, la sensación es ¡muy desagradable! Notas como empiezan a dormirse los pies, las piernas... ¡Es muy desagradable!”*. En circunstancias similares, Anabel no manifiesta este malestar¹⁶⁵ porque su hermana, -que también realizó el nacimiento por cesárea-, ya le había advertido. Las opiniones son pues diferentes dependiendo de aspectos muy variados tanto personales como externos.

4.2.2.3. Preámbulos del nacimiento

Estar anestesiadas les acerca definitivamente a la escena del parto. La técnica se ha realizado en la sala y sobre la mesa donde nacerá el bebé y en la que permanecerá, de nuevo, por un tiempo indefinido –aunque controlado- hasta que el acontecimiento tenga lugar. La mujer ha entrado en un periodo crítico, en un espacio similar a un quirófano donde la medicalización se intensifica y en el que pierde definitivamente todo atisbo que como ser social le quedaba (Goffman, 1992: 337). Se refuerza la imagen de objeto máquina¹⁶⁶, al que se le añaden prolongaciones de otras nuevas máquinas. Aumentan las conexiones sobre su cuerpo: dos goteros con bombas de perfusión en el brazo, otro en la espalda para la anestesia, el monitor puede pasar a ser interno¹⁶⁷ con la finalidad de controlar mejor al feto, y el tensiómetro permanentemente conectado al brazo y a otra máquina. Finalizadas estas intervenciones, ya inmóvil, se le pondrá lo más cómoda posible y se hace pasar al padre a quien se le proporciona una banqueta que se coloca a la cabecera. Se apagan las luces para que la mujer pueda descansar y se les deja solos con el continuo sonido que marca el latido fetal y que es una referencia para las matronas que se encuentran generalmente próximas.

¹⁶⁵ Anabel ingresó para una cesárea programada por feto en presentación podálica.

¹⁶⁶ Emily Martin (1987) opina que la metáfora del cuerpo máquina *“remarca nuestra aceptación de aplicar la tecnología al nacimiento y a intervenir en el proceso”* (1987: 54) señalando que, si el cuerpo de las mujeres es una máquina, *“el médico es el mecánico/técnico que lo arregla”* (Ibidem:35).

¹⁶⁷ Esto supone introducir una sonda en el útero y fijar una conexión en la cabeza fetal quedará sujeta en la pierna de la mujer y conectada a un monitor.

De esta espera las mujeres y parejas relatan diferentes experiencias. Cristina pasó muchas horas y habla así de su percepción del tiempo:

“Ya no te enteras mucho. Yo me acuerdo que le preguntaba a él (pareja) ¿Qué hora es? Las nueve y me parecía que había dormido mucho rato. Le decía ¿Qué hora es? Y dice las nueve y diez. ¡Me acabas de preguntar!. ¿Qué hora es? Las nueve y cuarto y se me hacía largo, largo...”

También Alba y Julio afirman que apareció el sueño por el cansancio acumulado de días anteriores; pero Montse permaneció alerta:

“Que si te ponen el gotero, que si el aparato ese que te aprieta, que el aparato que mide las contracciones... Estás pendiente de todo, de los aparatos, de lo que pasa, que si vienen o no vienen, de las piernas, a ver si las siento o no... Como de espera, saber que hacen ¿no?”

Tener el cuerpo anestesiado puede suponer su total abandono y la delegación de la responsabilidad e iniciativa sobre el mismo al personal médico reforzándose la idea de la necesidad de su intervención para que el parto tenga lugar. La postración, como ya apuntaron Freidson (1978:32) y Narotzky (1995:61), facilita el ejercicio de técnicas de control médicas. Roser asegura: *“tú no puedes hacer nada, es que estás en sus manos totalmente, ¡ellas deciden! Es lo que hay”*; y esto puede ser una fuente de inquietud ya que las mujeres que utilizan los servicios públicos no saben por quiénes serán atendidas, no conocen al equipo, aunque tienen algunas referencias que se transmiten unas a otras¹⁶⁸. A su ingreso da comienzo el proceso de reconocimiento y valoración desde el que irá surgiendo o no la confianza hacia los/as profesionales. Cristina lo vivió así: *“Me vi en las manos de ellos, pero segura. Como llevaba toda la tarde allí... pues parece que les conoces un poco; ¡bueno conoces!, pero te dan un poco de confianza”*; y Roser comenta: *“La chica aquella, la comadrona (la nombra), enseguida me dio mucha confianza porque se veía muy resolutiva y que sabía... ¡pero la otra!...”*

Uno de los médicos entrevistados plantea el dilema que esto le supone:

“Cuando entran a paritorio tienes de entrada gente que duda de ti; de entrada. Les has de ir demostrando poco a poco que están en buenas manos. A veces es una tarea difícil. Si uno ha tenido la mala suerte de haber tenido un problema con la paciente... ¡todo el ámbito de esa paciente te va a conocer con nombre y apellidos! ¡Ojo no te toque a éste porque mira a mí qué me pasó” (Dr.1).

¹⁶⁸ Ya hemos comentado como Nuria coincidió casualmente con el mismo equipo que le realizó la amniocentesis y esto le dio confianza.

Este médico expone la queja de la desconfianza que se aprecia en la gente que utiliza la sanidad pública porque no conocen al equipo: *“No preguntaron si estabas capacitado, simplemente ya como que no te conocían pues ya eras sospechoso ¡lo que faltaba!”*. Pero esto también puede darse en la asistencia privada puesto que no todos los médicos están disponibles veinticuatro horas y las mujeres son atendidas por quién esté de guardia. Pero el Dr.1, intenta asistir a todas las mujeres a las que realiza el seguimiento del embarazo, con lo que en su experiencia opina, en la privada este camino ya está preparado y la relación es más fácil:

“El médico que hace el parto es el encargado, el que tiene la confianza de la familia. Porque ellos se fían de la persona que ya conocen. Es muy diferente hacer un parto en la privada con tu paciente que hacerlo en la Seguridad Social” (Dr.1).

Mujeres y parejas manifestaron su disposición y necesidad de confiar. Esta buena voluntad consideramos está unida a que no hay otro remedio, hay que conectar con el equipo de guardia para que todo vaya bien y esto también es sentido por los/as profesionales. Como hemos apuntado, el tiempo de espera que permanecen en las salas de dilatación o partos permite la observación y algún contacto con el equipo y con ello el aumento o no de confianza. En el trabajo de campo no se dio ninguna manifestación abierta de desconfianza aunque sí en ocasiones, miradas o expresiones reticentes. Hay que recordar, como lo hace esta matrona, que *“la postura de la mujer y del marido es de máxima vulnerabilidad cuando están en el parto, frente a nosotros, frente al sistema, frente a lo que les vaya a pasar”* (Mt.4), con lo que mantienen en general, sobre todo los padres, un grado de alerta. Por ejemplo Julio, pareja de Alba, explica que cuando llegó el médico él pensó que iba a sacar al niño: *“Pero se puso a un lado ¡ese niño sale solo! Y se puso así -apoyado en la pierna de la mujer- Digo: ¡madre mía! Lo debe tener muy claro; es que irá todo bien”*.

La duración del proceso de dilatación da lugar a diferentes experiencias. Observamos que los/as profesionales hacen lo posible por mantenerse alejados emocionalmente de la mujer, no dándole conversación o respondiendo con un seco sí o no que muestra esta intención, y que consideramos, es una práctica de protección. Las matronas, dependiendo de sus características individuales, realizan algún acercamiento pero los/as médicos siempre mantendrán las distancias. Se sitúan en una habitación de descanso próxima a las salas de partos desde donde se escuchan

sus conversaciones –aunque no se entiendan- y risas y llega el olor del café. Julio lo vivió así:

“Bueno, el día del parto, aquello todo para nosotros, no había más embarazadas. Aquello yo... me sentía un poco incómodo porque ya no sabía si se reían un poco de nosotros o que... porque llevaban un cachondeo aquella gente...”.

Esta situación refleja un atisbo de la inseguridad que Julio tenía sobre si le pasara algo al niño, pero si lo miramos desde una perspectiva ritual, entendemos que el espacio pertenece a los/as profesionales y en él se expresan libremente. También, relajarse y hablar de aspectos no profesionales les ayuda a liberarse de la tensión y soportar mejor la jornada. Otras circunstancias llevan a experiencias diferentes:

“Me dejaron sola con Javi, allí en el paritorio y me puse de los nervios, le grité y todo ¡Que llames a alguien! Yo estaba asustada. Hubo un momento que creía que lo iba a parir sola porque claro, es normal, había otras mujeres por allí. Desaparecieron un ratito (las matronas) y me empezaron unos achuchones... yo necesitaba una profesional a mi lado para decirme: tranquila mujer que no pasa nada” (Alicia).

En las salas de partos las puertas permanecen abiertas o entornadas y esto entendemos responde a que están rodeadas de todo un espacio y profesionales “no contaminados”, además permite controlar desde lejos lo que dentro de ellas ocurre y tener un acceso fácil. En ocasiones alguno/a de los/as profesionales toma conciencia de la presencia de la mujer y su necesidad de intimidad y cierra la puerta, aunque permanezca poco tiempo en este estado ya que es un territorio médico, esto es, los/as profesionales están en su espacio y transitan libremente. Todo lo que sucede dentro, las prácticas sobre los cuerpos de las mujeres en la atención a los partos, responderá a la visión del sistema médico de lo que es un parto, y todos los agentes participan de ellas y las reproducen, creando una realidad que es vivida como evidente (Bourdieu, 1988:131-134). Las mujeres están fuera de lugar, no están presentes en cuanto sujetos sociales: *“Sino sólo como una posesión dejada por alguien”* (Goffman, 1992:337), que será devuelta cuando finalice el proceso o “reparación”.

4.2.2.4. El nacimiento

La espera cambia su rumbo cuando médicos o matronas, tras exploraciones repetidas, deciden que ha llegado la hora del nacimiento. El espacio se llena de

actividad; ruidos, luces y personas lo inundan¹⁶⁹. Se despoja a la mujer de sus protecciones –manta o paños- que la cubrían, la ayudan, puesto que ella no es capaz, a colocarse en posición ginecológica –o de litotomía- y se somete de nuevo el periné a higiene. El/la profesional que se encargará del ritual pueden ser uno/a o varios/as¹⁷⁰, así como indistintamente matronas o médicos, y esto dependiendo de la previsión que se haga respecto a la solución del parto. Se lavan las manos y se ponen nuevas ropas en un acto de higiene purificadora. Con paños estériles se marcan dos zonas en el cuerpo: se protege aquella inferior sobre la que trabajar, en la que se centra toda la atención de los/as presentes y que la mujer no debe tocar, y la parte alta del cuerpo a la que se obvia si no es para dar órdenes y en la que se requiere se sitúe el padre. Una mujer lo expresa así:

“Te separan a ti de tu aparato reproductor... tú no ves nada... o sea ¡Tú no ves nada! ¡No sabes qué está ocurriendo! ¡Aquello no es tuyo! De aquí para allá es de ellos. Allí no pintaba nada yo y encima, como es nuestro, te lo dormimos y nos ocupamos nosotros de ello”¹⁷¹.

La mesa se eleva adecuándola a las necesidades del/a oficiante de forma que desde la perspectiva de la mujer éste/a no puede verse por quedar detrás de ese campo estéril que se ha formado entre sus piernas elevadas. Dependiendo de la hora del día, diferentes personas entran a observar y esto relacionado con la categoría del hospital; así, una mujer que acudió a un hospital privado de renombre de Barcelona comenta:

“Cincuenta personas pasando, que ni siquiera justificaban su cargo... Porque dices, este señor viene aquí y me está tocando... yo quisiera saber si viene a hacer prácticas... O ese señor es el médico que me está llevando. O este señor es un comadrón... ¡Yo qué sé!”.

La nueva vestimenta, pero sobre todo la mascarilla y el gorro habituales en los actos quirúrgicos, no permiten reconocer al personal. La intensa actividad centrada en aspectos técnicos contrasta con las emociones que se manifiestan en la actitud de la mujer y pareja ante el inminente nacimiento de su hijo/a. Eficiencia, dinamismo y destreza ayudan a mantener alejada cualquier implicación o comunicación de

¹⁶⁹ Esta actividad en los hospitales públicos va a estar relacionada con la hora del día en que tenga lugar el nacimiento; así por la tarde, pero sobre todo por la noche sucede de forma más tranquila, menos ruidosa y con menos espectadores. Esta tendencia se seguirá también durante todo el día en centros más pequeños, con menos personal o si el parto es de mutua o privado.

¹⁷⁰ En la asistencia privada, generalmente, será el médico que le llevó el embarazo y los/as profesionales presentes se reducen a: la matrona, médico, auxiliar y, en ocasiones, el anestesista.

¹⁷¹ La mujer que proporciona esta información no pertenece al grupo de informantes “formales” de nuestra investigación.

sentimientos de los/as profesionales. Hablan entre ellos/as y toman decisiones en voz alta, sin preocuparse de si la mujer se está o no enterando. Roser sí estaba escuchando:

“¡Está en transversa!... No, está en no sé qué... A mí me creaba un poco de angustia porque cada una opinaba una cosa y yo decía... Claro, depende de cómo está vais a hacer una u otra cosa ¿Y si os estáis equivocando? ¿Y si hacéis lo que piensa la que se equivoca?”

En general, las indicaciones cortas no son captadas por los/as profanos, se pierden entre otras de las múltiples interacciones que se dan entre las personas presentes¹⁷². Pueden dirigirse a la mujer preguntando de nuevo por el sexo o el nombre de la criatura, práctica que parece más bien de distracción que de interés, mientras las intervenciones han comenzado. Si la mujer se queja de dolor, primero se le recrimina de forma más o menos convencida, aunque también a veces, algunos profesionales controlan su sensibilidad con prácticas realmente agresivas¹⁷³. Ahora se le pide que colabore en la expulsión del feto empujando pero, insensible de medio cuerpo, más la dificultad de la posición en la que se encuentra, hacen poco efectivo el esfuerzo. Esta ineficacia es la justificación por la que en ocasiones se la culpabiliza del retraso del nacimiento o del posible sufrimiento de la criatura. A ellas les queda la percepción de *“creo que no sabía empujar bien”* (Laura) y como consecuencia, se justifica lo que se considera *“una ayuda”*:

“Sí, dice: ahora depende de ti, tú misma. Yo empujaba lo que podía, es que me daba la sensación de que con ese empujón ya iba a salir, ¡no! Y ¡Otra vez!, ¡Otra vez! Es que fue fuerte, fue intenso. Luego ya decidieron: bueno, pues vamos a hacer... hacer las espátulas y de repente vi gente que no había estado allí porque yo no había visto... delante de mí, colocándose la mascarilla y tal... muy preparados... ¿Dónde vas a querer el niño? ¿Aquí encima? Pero ¿de verdad que ya viene? ¿Sabes? Aquello todo muy precipitado, muy rápido. Me puse nerviosa de decir ¡ahhhh! ¿Ya me lo vais a sacar?” (Roser)

Cómo se realiza la salida o extracción del feto tendrá que ver con múltiples factores que pueden estar relacionados tanto con los procesos físicos del parto en sí, como con los/as profesionales, o de si el centro es o no un hospital universitario o privado. Con todo, prima la tendencia intervencionista y pocas veces el parto de una

¹⁷² Personalmente, debía estar atenta si quería captar el desarrollo de las intervenciones médicas que debía separar de un río de intervenciones verbales que fluían en todas las direcciones y hacia cualquiera de las personas presentes, incluidas la mujer y pareja. Esta captación se facilita con el hábito que da el tiempo del trabajo de campo y el compartir la profesión.

¹⁷³ Esta práctica ha sido observada en dos hospitales, uno público y otro concertado y realizadas por hombres. Consiste en pellizcar en la cara interna del muslo próxima los genitales, con una pinza de choker a la vez que se pregunta si lo nota.

mujer primípara a quien se le ha puesto la anestesia epidural, terminará sin intervención mecánica profesional¹⁷⁴ y la realización de la episiotomía¹⁷⁵. Un ejemplo paradigmático de esta situación se dio en la asistencia privada: una mujer está en proceso de dilatación y con analgesia; en un determinado momento llama a la matrona porque tiene ganas de empujar; ésta comprueba la dilatación que parece avanzada e inhibe los impulsos de pujo de la mujer diciendo: *“No empujes no sea que vaya a salir antes de que llegue el médico y (como en broma) ¡el pobre toda la mañana esperando! No le vamos a hacer esta faena”*. Una vez que el médico llega, realiza el parto con espátulas, la mujer está cansada y el concepto que expresa es: *“No empujaba bien”* y por ello se justifica la necesidad de ayudarle. En este ejemplo se refleja además cómo la matrona se encarga de mantener en orden el poder médico.

Las mujeres no sólo aceptan el uso de las técnicas en sus partos sino que, como informa una matrona de la asistencia privada, las piden entre otras cosas, como consecuencia de la gran información disponible a través de Internet. Laura opinó así de las utilizadas en su parto: *“Pienso que de las posibilidades que había, pues casi la mejor... de las mejores. ¡Hombre! El fórceps para él... (bebé) pero tampoco ¿sabes? Salió con un poco de líquido aquí -en la cabeza-, pero ya no tiene nada... o sea, fue lo mínimo”*. Y Roser, hablando de la rapidez del proceso: *“Cuando metieron las espátulas... -dicen-: “Vas a notar un calzador” y ¡plas!, el niño ya aquí llorando”*. El impacto emocional de la presencia del/a hijo/a opaca todas las intervenciones que las mujeres viven como una necesidad ya que la percepción de “no poder” y “no saber” está muy presente e interiorizada y los/as profesionales las recuerdan y refuerzan. Esta situación se plasma con mayor claridad en la asistencia privada; la mujer confía en “su médico” al que se “abandona” y del que espera le indique qué hacer, cuándo y cómo, y éste se representa con todo su poder. Ha sido también en observaciones similares en las que con mayor frecuencia se da un trato infantilizado por parte de las matronas que posiciona a la mujer adulta en el lugar de la incapacidad e incompetencia.

¹⁷⁴ Por intervención mecánica nos referimos tanto a la ejercida con instrumentos, fórceps, espátulas o vacío, como a la manual cuando se presiona el fondo de útero o maniobra de Kristeller, que suele acompañar a las anteriores.

¹⁷⁵ Incisión quirúrgica en la entrada de vagina que amplía el canal del parto y agiliza la salida del feto. Su utilización está ampliamente cuestionada y, aunque desde el PAPP (2003:46) se aconseja su uso selectivo, en la práctica se realiza sistemáticamente en las mujeres primíparas.

Otro de los aspectos que nos ha llamado la atención es que la mujer no es tocada sino es para realizar técnicas o impedir su movimiento. Desde su ingreso, matronas y médicos van a estar cerca, pero no hemos observado el contacto de soporte o confianza que parece necesita en ocasiones. Este “no tocar” se prolonga al padre-acompañante que permanece muchas veces como paralizado. Puede ser que el ambiente, el número de cables a los que las mujeres están sujetas, la presencia de profesionales y la definición mecanicista del parto, no inviten a la demostración de afecto¹⁷⁶.

Una gran parte de intervenciones médicas realizadas en los partos tienen la finalidad de reducir su duración. Se han establecido

“pautas estadísticas de tiempos ‘normales’ y toda desviación de los límites científicos establecidos es considerado ‘anormal’ (...) Esto consolida una expropiación de los saberes y las percepciones de la parturienta sobre sus propios ritmos y su propia progresión durante el parto” (Narotzky, 1995:60).

Además, en nuestra opinión, presenta una concepción mecanicista del cuerpo, y el hospital como la fábrica de sacar niños/as en un periodo de tiempo controlado. En las opiniones que ha aportado uno de los médicos aparecen contradicciones en la justificación de esa necesidad de acortar la duración del parto. Así, el Dr1 asegura que: *“Yo no considero un parto rápido como un parto bueno”,* y más tarde afirmó: *“Si pudiéramos elegir, elegiríamos sólo a las parteras que van rápidas”.* El Dr.3 opina: *“Para una mujer es muy pesado estar muchas horas de parto. Por ejemplo, un periodo expulsivo que se prolongue en demasía, tener la cabeza... empotrada en la pelvis... es una paliza brutal para la parturienta”;* afirmaciones que, sin entrar en si el tiempo es o no causa de problema, ponen de manifiesto la tendencia salvadora y paternalista de la medicina, que, en este caso, propone liberar a las mujeres de sus propios cuerpos a partir de sus intervenciones, y añade:

“Puede haber razones médicas para que el parto... yo no diría tampoco acortarlo, pero que tenga una duración razonable, que no sea el parto de nunca acabar ¿no? En este sentido están a veces las abreviaciones del expulsivo, el uso de la oxitocina...”

Lo que se denomina “abreviación del expulsivo” está directamente relacionado con las intervenciones médicas instrumentales para la extracción del feto, y con ellas

¹⁷⁶ Sheila Kitzinger (1997) realiza una clasificación de las diferentes formas de tacto que se pueden dar en la asistencia a los partos y que van desde el de bienestar y apoyo, pasando por el de diagnóstico y manipulativo al restrictivo y punitivo.

la necesidad de realizar una amplia episiotomía puesto que la rapidez con la que se produce la expulsión con el uso de estos instrumentos, no es comparable al tiempo que necesita la distensión muscular. Así, unas y otras intervenciones se complementan y justifican dando coherencia y realidad objetiva la definición médica del parto.

Finalmente, otro de los médicos apunta que la necesidad o no de acortarlo dependerá del médico y opina que *“no pueden permitirse los partos que se alarguen excesivamente”* (Dr.4). En este sentido, la matrona de la clínica privada nos informa que, en su práctica, la duración total está entre dos y cuatro horas; si se supera este tiempo que consideran excesivo, se hará la cesárea. Las decisiones del por qué tienen que ver con los/as profesionales obstetras, anestesistas y de la matrona, y poco o nada con la mujer que está de parto. Entendemos que este tiempo de parto limitado del parto marcado encierra múltiples interpretaciones. Por un lado, de nuevo nos encontramos con los cuerpos máquinas que deben responder a unos tiempos estandarizados dando uniformidad a las mujeres, pero también por otro, el cuerpo caprichoso que –según la ciencia médica- puede prolongar inútilmente el parto poniendo supuestamente en riesgo a la madre y la criatura. Así, el mensaje que llega es: *“No te fíes de tu cuerpo pues no sabe hacer el parto, te puede hacer sufrir gratuitamente y es muy pesado para ti. Deja que la medicina lo haga”*. Tener un parto corto también es resaltado positivamente por las mujeres y es ya tradicional el dicho popular: *“Que tengas una horita corta”*.

Siguiendo con el nacimiento, todos/as, padres y madres, afirman que el mejor momento es *“cuando te lo ponen encima o cuando te dan al niño/a”*. Las expresiones del encuentro con el/a hijo/a y la vivencia del parto son experimentadas así: *“Muy intenso, super intenso. Es que al final fue... ¡tampoco te puedo decir que fue doloroso... pero bueno... tampoco fue coser y cantar... No sé, es que me parece que para explicarlo hay que vivirlo, cuesta explicar”* (Roser) y su pareja: *“Tengo un recuerdo muy bonito, creo que no se me olvidará ¿eh? Cuando nos dieron al niño yo.... Todo lo de antes... mira, ya se me ha olvidado, pero ¡cuando nos dieron al niño! ¡Es que fue algo tan bonito!”. Julio afirma que se quedó asombrado, con sensaciones muy extrañas:*

“Estaba en el cielo, no estaba en la tierra, es que fueron 10 minutos pero a mí se me hicieron 25 segundos. No sabía si quedaba mucho o poco, pero una vez

que estuvo el niño allí se me abrió el mundo... Se me puso un nudo en la garganta que pensé que no podía más. Es una maravilla”.

También Ton, pareja de Paula, lo expresa de forma parecida: *“Y luego cuando nace la niña y la ves... pasas de la noche al día y también es... estás ahí, con un nudo en la garganta. No podía ni hablar”.* Y Alicia:

“Sí, me quedé en un estado sorprendente, me quedé flipada así ¡ay! Es mía ¡una serie de tonterías! Te quedas como maravillada, fue bonito ya te digo, no fue para tanto. No es fácil, no te lo regalan pero oye, fue muy bien”.

En las emociones que acompañan al nacimiento hemos comprobado que la práctica de la ecografía ha influido de alguna manera, en la reducción de la angustia e incertidumbre que sobre la formación fetal manifestaban años atrás las mujeres. Paula lo dice: *“Por la niña no, no, en la ecografía se veía que tenía las extremidades... que tenía de todo, a ver, no sé... más fea o más guapa”.* Y Cristina coincide con esta opinión, pero aún así, una de las mujeres observadas comentó que estaba preocupada por saber de la buena formación de su hija y, no se quedaría tranquila hasta verla. Cuando nació la niña, le contaba los dedos de las manos y los pies. También Montse expuso este miedo que le surgió en las últimas semanas. Cuando le dieron al niño preguntó a su marido *“¿está bien?”* y comenzó a llorar con un sentimiento profundo que se fue calmando mezcla de tranquilidad y agradecimiento. Finalmente pudo decir: *“Qué guapo es”.*

4.2.2.5. Purificación y agregación

Tras la llegada de la criatura, en uno de los hospitales se tiende a dejarla sobre el pecho de su madre por unos minutos o bien durante todo el tiempo que la mujer permanezca en el área¹⁷⁷, y se corta el cordón umbilical. En el resto de los hospitales el bebé es recogido por la matrona que, después de enseñárselo brevemente a los padres, lo lleva a un espacio en el que es limpiado, secado, pesado e identificado y se le pone la medicación protocolarizada; posteriormente, bien es devuelto a su madre, o se introduce en una incubadora o cuna y se traslada a la planta¹⁷⁸. Las felicitaciones del personal parecen devolver a la mujer un grado de humanidad y habitualmente todas responden con un repetido “gracias” que trasmite su agradecimiento, pero todavía deberá esperar al alumbramiento y la reparación de la episiotomía.

¹⁷⁷ Denominan esta práctica como “método canguro” y con el objetivo de fomentar el vínculo materno y favorecer la lactancia.

¹⁷⁸ Esto depende de las costumbres de los diferentes hospitales.

La salida de la placenta también está bajo control médico. Su tiempo será de un máximo de 30 minutos (Fernández y Prats, 2003:49), con lo que, después de salir la criatura se pone un gran empeño en su extracción por medios manuales y/o medicamentosos. La analgesia epidural permite la manipulación del cuerpo sin aumentar el malestar de las mujeres. Aparte del interés médico por su integridad, la placenta es hoy considerada como un deshecho del cuerpo. Tres de las mujeres manifestaron su interés por ella: *“Me hubiera gustado ver la placenta”* afirma Dolors, y Laura pregunta: *“¿La placenta también ha salido?”*. Montse pidió verla y tocarla, deseo que cumplió palpando su consistencia a través de la bolsa en que la habían introducido.

Con su hijo/a en brazos, ambos padres emocionados lo/a acarician, exploran y reconocen, mientras tanto, el/la oficiante revisa el canal del nacimiento y sutura la episiotomía, corte que dejará una cicatriz símbolo de la maternidad y que, en opinión de Pizzini, tiene un sentido ritual especial: *“Es una forma de ceremonia de iniciación llevada a cabo sobre el órgano sexual femenino por personas con el mandato oficial de traer al mundo bebés”* (1989:8). Pizzini afirma también que en esta práctica, *“la anestesia local para suturar, es a veces, administrada (...) en cantidad insuficiente”* (ibidem:9), tendencia de la que se quejan algunas mujeres de nuestro estudio como Nuria: *“Le decía que me pusiera anestesia ¡pon anestesia mujer! Que sentía como... que le costaba. No, dice, si ya te pongo... y Ramón dijo: (riendo) es que es de la barata”* (Nuria).

El ambiente de la sala se ha relajado, el personal va desapareciendo, cables y conexiones van siendo desconectados progresivamente del cuerpo, el ritual va llegando a su fin. Antes, el/la oficiante revisa las partes del cuerpo implicadas en el nacimiento asegurándose que todos los espacios han sido reparados y concluye extrayendo la orina por medio de una sonda. El ritual queda clausurado y la mujer expresa su gratitud. Ahora es el personal auxiliar quien limpia y purifica la zona genital cubriéndola con un paño, y retirando todos aquellos que cubrían el cuerpo de la mujer, y con ello adquiere un aspecto más humanizado. Se le ayuda a colocar en la cama, - tarea ésta para la que posiblemente ya se haya invitado a salir al padre- y se conducirá fuera del área devolviéndola a la familia que espera tras la puerta. Juntos,

son dirigidos a una habitación de la planta de maternidad donde permanecerá dos días¹⁷⁹ antes de su reintegración en la sociedad.

4.3. Otras formas de representar y asistir el nacimiento en los hospitales

Las representaciones y prácticas analizadas hasta ahora responden a las líneas de actuación habituales que se dan en la asistencia a los partos tanto en los centros públicos como privados, pero, como apuntamos anteriormente, dentro del mismo sistema de atención se dan también formas diferenciadas de representarlo y con ello se introducen modificaciones que repercutirán tanto en los procesos relacionales como en las prácticas. Es a partir de las reivindicaciones de las mujeres que se están introduciendo algunos cambios¹⁸⁰. Se entiende que la atención al parto no es sólo asunto médico sino que las mujeres embarazadas tienen derecho a participar y tomar decisiones respecto a cómo quieren que se les preste esta atención y a partir de introducir algunos cuestionamientos respecto a la necesidad de las intervenciones médicas sistemáticas. Estas situaciones son minoritarias y aisladas en la tendencia de cómo, social y profesionalmente, se entienden las necesidades del nacimiento en los hospitales y el rol que deben asumir las mujeres. En nuestra investigación hemos encontrado estas particularidades provenientes tanto de las mujeres y parejas como desde los/as profesionales tanto en el ámbito público como en el privado. Uno de estos cambios lo protagonizó Anna¹⁸¹:

“Yo tengo un concepto idealizado del parto, lo tengo muy idealizado, toda la historia de los bebés y eso y no quiero que me pongan en la camilla esa, con las patas para arriba y que me aten. A ver, si tiene que ser porque la cosa no funciona, evidentemente... por eso estoy en el hospital”.

Anna quería tener a su hija en el hospital por seguridad: *“Entiendo que hay un riesgo, que las cosas no pueden funcionar bien”*, opinión que apoya su pareja: *“Me da la sensación que siempre puede haber algo que precipite a una operación”*; y además, a los dos les da tranquilidad la higiene y esterilidad que suponen al centro. Puesto que utilizan una mutua, el embarazo lo siguen con el médico que les atenderá el parto, así que le plantean su idea y la respuesta es que: *“Siempre va con evasivas porque claro, ¡siempre salen complicaciones! Dice: a lo mejor cuando empieces a notar los dolores*

¹⁷⁹ Este tiempo corresponde a un parto normal, cuando se trata de cesárea será de cuatro o cinco días.

¹⁸⁰ Ya comentamos como en el PAPP (2003: 89-101) ya se reflejan estos cambios y, aunque en la práctica son poco significativos, es un gran avance el que sean reconocidos.

¹⁸¹ Ella tenía la información del parto de su hermana en el que ella estuvo presente y que tuvo lugar en su casa.

me pides la epidural". Aunque el médico opinó que no era necesario conocer a la comadrona, decidieron ponerse en contacto con ella:

"Para saber hasta qué punto podemos... un poco... dialogar sobre las condiciones del parto ¿no? a mí me gustaría más el poder pactar las condiciones; que se parezca lo más a lo que yo pienso, sin transgredir ni mucho menos ninguna regla. Al final si no podemos llegar a un consenso, pues acatas con lo que hay".

Con esta demanda ya estaba introduciendo modificaciones en las relaciones médico/paciente y esto, consideramos, es facilitado porque conocen hace años al médico, les han dado buenos informes de la comadrona y tiene un seguro privado. Así, Anna y Alvar quieren tomar parte, opinar, compartir y negociar con el/la profesional la posibilidad de realizar sus proyectos en el nacimiento de su hija, promoviendo un nivel de relación más igualitaria. La matrona accedió a sus peticiones, planteando las condiciones que deben darse en el hospital. Planificaron la atención al parto que, obtenido el permiso del médico, finalizó tal como lo habían previsto; un parto sin intervenciones que se realizó en la propia habitación asignada a Anna en el hospital y sin utilizar la sala de partos habitual.

Estas situaciones, explica la comadrona, se dan raramente y se producen a petición de las mujeres. En nuestra opinión, entendemos que los cambios para que haya sido posible este hecho son importantes. Por un lado, la mujer y su pareja que aún compartiendo la definición médica del parto, no son seducidos totalmente por ella, y sus intereses y autoconfianza parecen tener un peso relevante en sus decisiones. La comadrona también ha tenido que realizar un esfuerzo para negociar el permiso con el hospital, con el médico y, además supone un acto de confianza hacia la pareja y el análisis crítico personal de la definición médica del parto en la que ella participa. Finalmente, el médico ha dejado una parcela importante de su poder a la mujer y a la comadrona aunque lo hiciera pensando en que no lo conseguirían como se deduce de lo comentado por la comadrona: *"¡No se lo creía, no se lo creía!"*.

Una segunda experiencia que pudimos observar se dio en un hospital público de la provincia de Tarragona. Angels había decidido tener a su hija en casa pero, por las condiciones iniciales que se presentaron, decidió que era mejor ir al hospital. A las nueve de la noche fue recibida por la comadrona que, después de hacer la primera

revisión, nos permitió la entrada al padre y a la investigadora¹⁸². Nos informó de que Ángels podía moverse como quisiera, pero siempre con el monitor que registraba el latido fetal, que justificó por las alteraciones que había detectado y por ser el protocolo del hospital. También, debía tener una vena canalizada aunque no puso el gotero. El ambiente era tranquilo, la comadrona se retiró y Ángels con ayuda de su pareja, fue cambiando de posiciones según sus necesidades.

La puerta consistía en una cortina y la comadrona aparecía en algunos momentos para cerciorarse de la evolución del parto. Su actitud fue respetuosa y con una complicidad silenciosa. Estaba acompañada por una profesional auxiliar que a través del lenguaje corporal nos hacía saber su disconformidad con la situación ya que la actitud, los sonidos y las posturas de Ángels no se adecuaban al espacio. A las pocas horas Ángels comenzó a empujar; la comadrona decidió que debía que ir a la sala de partos. Ángels manifestó su deseo de quedarse en la cama pero fue informada de que no podía ser *“por si viene el médico”*, tiene que ser en la sala de partos. El médico hizo su presencia en algún momento, preguntó a la comadrona, y ya no volvimos a verle.

El parto avanzaba, Ángels se sentó en la mesa para este fin y su pareja le sujetaba la espalda, colocó las piernas donde mejor pudo –no en los estribos-¹⁸³, *“buscaba la comodidad”*. La comadrona, vestida ya para el nacimiento, mantenía la actitud respetuosa que desde el inicio la caracterizó. Silenciosa, no intervenía y esperaba pacientemente el avance de la cabecita en el periné con una tranquilidad admirable. Ángels le pidió, si era posible, que no le cortara; ella se mantenía a una distancia prudente con los dedos enguantados entrelazados. La niña nació y la emoción de la pareja llenó la sala. Poco más tarde salió la placenta y se comprobó que no se había producido ningún desgarro.

Lo inusual de estos hechos lo reflejan los padres en su relato: *“Tuvimos toda la suerte del mundo”* (Joan); *“es raro encontrar una chica –comadrona- así, ella está rodeada con una gente que trabaja al contrario de todo lo que ella estaba haciendo”*. Ángels vio cumplido el deseo de realizar su idea de parto en la que consideraba importante que éste evolucionara “naturalmente” sin la necesidad de intervenciones

¹⁸² Esto fue porque dijo haberme conocido en algún encuentro de comadronas.

¹⁸³ Se dieron situaciones muy poco ortodoxas en el medio hospitalario como cuando el pie de Ángels resbaló apoyándose en la mesa del material estéril sin que la comadrona diera muestras de alterarse.

médicas que modificaran los tiempos en el nacimiento de su hija y esto fue posible por el apoyo que le proporcionó la comadrona¹⁸⁴.

Es interesante resaltar estas dos experiencias siendo pequeña nuestra muestra de estudio. Los cambios que se están introduciendo en la reducción de las intervenciones sobre las mujeres en sus partos, son promovidos sobre todo por algunas comadronas con una visión más fisiológica del parto, junto con una mayor consideración hacia los deseos de las mujeres. Estos cambios como hemos visto, están recogidos en el PAPP (2003), y van siendo asumidos en algunas instituciones hospitalarias¹⁸⁵. Por ejemplo, en el contexto de Catalunya, en “La Maternidad” de Barcelona, se ha creado uno de estos espacios para la asistencia al “*parto natural*” al que tuvimos acceso. Se trata de una habitación en la que la mesa habitual ha sido sustituida por una sofisticada cama con múltiples articulaciones que está en proceso de habilitación. Las mujeres que desean ser asistidas en esta modalidad deberán antes haberlo acordado y firmado su consentimiento. Respecto a los/as profesionales sus respuestas son diversas:

“Hay gente –profesionales- de todo, gente que está totalmente opuesta a esto y que está en contra... en cambio hay gente que lo acepta. Pero en principio la colaboración de entrada si la señora pide un tipo de parto de estos... pues se la respeta en todo lo que sea posible ¿eh?” (Médico del área).

Aunque se sigue considerando a las mujeres como pacientes a las que se les “*permite algo*”, pero dentro del orden en el que los/as profesionales mantienen el poder, en nuestra opinión, este esfuerzo de las instituciones es un paso importante para la introducción de cambios progresivos, tanto en las representaciones de los cuerpos de las mujeres, como en el inicio del reconocimiento por parte de los/as profesionales de sus derechos y saberes y el cambio de rol en el parto.

4.4. Reflexiones finales

Las representaciones analizadas de lo que se espera y supone será el parto son complementarias y prolongación de la lógica de los discursos analizados en el embarazo, y serán la guía ideológica que dirigirá las prácticas de atención al parto. Representaciones y prácticas son compartidas por los diferentes grupos de estudio:

¹⁸⁴ También, la hora en que tuvo lugar pudo facilitar la autonomía de ésta.

¹⁸⁵ A partir de encuentros en congresos de comadronas e información que se comparte en los foros, conocemos que hay algunos hospitales del Estado donde se está trabajando con estas premisas y otros que se están planteando realizarlo.

mujeres, matronas y médicos y, cada cual, pondrá el peso en partes diferentes como resultado del lugar, el saber y el rol que ocupan y desempeñan según el orden social. Hemos expuesto las diferencias en la toma de decisiones por parte de dos grupos de mujeres que realizarían su parto en el hospital. Aquellas que utilizaron los servicios públicos no se plantearon cambios en su previsión del lugar del parto, afirmando que la sanidad pública cuenta con los mejores recursos humanos y técnicos. En estas mujeres, no se dieron manifestaciones de resistencia como las que encontró Martín (1987)¹⁸⁶. En general, hemos visto que han interiorizado las definiciones y prácticas médicas del parto, aceptando que son quienes tienen el saber y por lo tanto, colaboran y facilitan su trabajo. De las cuatro mujeres de mutua dos cambiaron de centro y otra introdujo modificaciones en la forma de asistencia en su parto. El porqué de estas diferencias y decisiones es multicasual y tiene que ver con la ideología, valores, proyectos e intereses personales pero no parece están relacionados con la formación, la ocupación, ni la edad de las mujeres. La solvencia económica pudo influir en la decisión de una de ellas pero, contando que otras tuvieron esta posibilidad y no la realizaron, afirmamos que está más relacionado con los valores personales y el prestigio que parece adquirirse cuando se utiliza un hospital caro y de renombre.

El riesgo es el discurso al que más insistentemente se refirieron los obstetras, pero no así las mujeres puesto que confían en su pericia y profesionalidad. En los relatos de ellas se desprende que esperan que sean los/as profesionales quienes realicen el parto, indiferentemente de la forma, puesto que, como expertos/as decidirán lo mejor. Las mujeres en general, han perdido toda capacidad de decisión y confianza respecto a sus cuerpos en el parto, pero esto a la mayoría no le resulta un problema, más bien todo lo contrario. Lo que sí es un tema de su interés es el alivio o la anulación del dolor y les preocupa tener la seguridad de que recibirán analgesia. Los obstetras también lo valoran y la tendencia es a proporcionarla.

Las mujeres pues, acudirán a los hospitales para tener a sus hijos/as donde el parto que transcurre en un acto ritual en el que la madre tiene el papel pasivo del neófito sobre quien se realizan intervenciones sistemáticas. Esta rutina de asistencia es la tendencia generalizada en los hospitales. Las mujeres despersonalizadas se

¹⁸⁶ Martín comparó el parto como un trabajo que realizaban las mujeres al igual que los obreros de una fábrica, y buscó formas de resistencia comparándolas con las de los trabajadores como acudir tarde al hospital para no ser controladas en el tiempo o no informar a la familia para retrasar el ingreso (1987:140).

convierten en objetos sobre los que trabajar. La atención al parto se presenta así como una producción fabril donde la mujer/madre desaparece para ser un útero inducido a producir en un tiempo marcado el producto gestado.

Pero, a petición de algunas mujeres, junto con el apoyo de algunas comadronas y el consentimiento médico, se están introduciendo cambios en la asistencia en los que la voluntad y el protagonismo explícito de las mujeres es considerado. Situamos a estas mujeres y profesionales en el paradigma humanista que revisamos de Davis-Floyd (2001) en el que se concibe al sujeto como un ser relacional cuyo cuerpo es un organismo no parcelado del que la mujer y profesional cuidan de mutuo acuerdo. Haber encontrado dos ejemplos de ello en nuestra investigación con dieciséis mujeres¹⁸⁷ consideramos que es señal de que ya se están dando modificaciones importantes en el sistema médico de atención al parto.

¹⁸⁷ No olvidamos que Mónica también consiguió su propósito, pero desde otro paradigma.

5 OTROS MODELOS DE NACIMIENTO: EL PARTO EN CASA

Partimos en nuestro estudio de la pluralidad de formas de ver, entender y practicar el nacimiento. Nos hemos referido hasta ahora a aquellas representaciones más compartidas por la población, que son generadas y mantenidas desde el sistema médico institucional, y en las que se aglutina la mayor parte del capital social simbólico del nacimiento afirmando que, estas representaciones se imponen y se aceptan como ideología normativa de lo que culturalmente es, y cómo hay que entender y cuidar este evento. Pero desde la investigación en Antropología Médica ampliamos la mirada para hacer visibles aquellas otras maneras de dar forma y nombrar la realidad, aunque sean minoritarias.

Además de los cambios que hemos visto se dieron en la asistencia en los hospitales, consideramos de gran interés en nuestro trabajo conocer y analizar otros sectores sociales que contestan los discursos hegemónicos promoviendo la legitimidad de diferentes representaciones de los cuerpos femeninos y sus procesos reproductivos. Este interés viene dado además porque estas representaciones se fomentan desde las propias mujeres embarazadas y, a partir de plantear las necesidades que de ellas se desprenden, han surgido grupos pluridisciplinarios que les dan apoyo. Tratamos pues de recoger otras realidades sociales subjetivas para darles objetividad dentro del marco que propone Bourdieu (1998:136), en la percepción del mundo social, y puesto que, en el campo de la reproducción, las mujeres están reconstruyendo y sacando a la luz el gran capital simbólico heredado y oculto tras los discursos hegemónicos para darlo legitimidad. Por otro lado y, cómo ya planteó Esteban (1993), reconocemos que deben ser las mujeres quienes construyan sus propios discursos *“como protagonistas de sus experiencias”* (Ibídem:163) y puesto que *“presentan diferencias muy marcadas en cuanto a sus necesidades de salud, todas ellas igualmente legítimas”* (Ibídem:165). Son estas diferencias de necesidades que plantean las mujeres y profesionales de este grupo de estudio reivindicando desde sus discursos la gestión y autocontrol del cuerpo porque, el cuerpo es:

“El lugar de la manipulación, del sometimiento; pero también el espacio donde se da la resistencia personal y social, la creatividad, la contienda, la lucha. Las personas deberían ser observadas y analizadas como sometidas a control por la sociedad y las diferentes instituciones, pero gestionando sus propias vidas y contestando también estas formas de control” (Esteban, 2001:33).

El nacimiento es un acontecimiento social pero es también una experiencia absolutamente encarnada. Es en el cuerpo donde, hoy día al menos, se da forma y vida a las criaturas y, aunque culturalmente ya está definido¹⁸⁸, algunas mujeres no comparten estas representaciones en su totalidad ni las prácticas que las acompañan y, por tanto, plantean resistencias. Estas diferencias que generalmente son aceptadas en otros campos sociales, se presentan como un problema cuando las mujeres, en buenas condiciones de salud y con un embarazo sin riesgo, demandan una asistencia acorde a sus necesidades. La atención médica en general es resistente al cambio y no presta atención a estas demandas y, al no ser respondidas, las mujeres junto con profesionales que les respaldan, toman la iniciativa de sus propios cuidados. La imagen social de mayor visibilidad es realizar el nacimiento de sus hijas/os fuera de los hospitales, bien en su casa o en una casa de partos¹⁸⁹. Son pues, agentes activos de cambio tanto en la reivindicación de sus derechos como en el mantenimiento de un cierto control sobre el propio cuerpo y su reproducción¹⁹⁰.

La necesidad de recuperar los saberes para el ejercicio de la propia autonomía del cuerpo y salud surgió hace ya décadas desde el movimiento de las mujeres como forma de hacer frente a la medicalización y el poder de definición y control del sistema médico sobre sus procesos reproductivos. Se dio en diferentes momentos e intensidad en todos los países desarrollados. Por ejemplo, Adrienne Rich (1986) plantea cómo en los años setenta en Estados Unidos se activó el interés de las mujeres hacia la recuperación de los procesos corporales y sus experiencias reproductivas. El libro del Colectivo de Salud de las Mujeres de Boston (VV.AA,1982) es otro reflejo de ello¹⁹¹. Nosotras nos centramos en la recuperación de la experiencia del nacimiento, esto es, en el análisis de los discursos y prácticas de las mujeres que planifican y realizan el parto en el domicilio, así como de las profesionales que les apoyan¹⁹².

¹⁸⁸ Nos referimos a cómo ya desde los textos médicos están explicados tanto los aspectos biológicos como la asistencia de que debe ser objeto.

¹⁸⁹ A lo largo de todo el capítulo, siempre que hagamos referencia a estas opciones, se da por hecho que son mujeres saludables con embarazos en los que no se han diagnosticado riesgos.

¹⁹⁰ Martin (1989:142), en la metáfora de la reproducción como proceso de producción y formas de resistencia que se dan, se refiere al parto en casa como “poner tu propio negocio” en el que la mujer es su propia jefa.

¹⁹¹ En nuestro contexto es interesante revisar la publicación de Leonor Taboada (1978). *Introducción al Self Help*.

¹⁹² Aunque en el territorio nacional hay algunos hombres en la asistencia al parto en casa, en nuestro estudio sólo contamos con mujeres.

Para ello, partimos de que el embarazo y el parto son un continuo. No acudir al hospital para el parto es fruto de una reflexión que estas mujeres han elaborado a lo largo del embarazo y en ocasiones han planificado con anterioridad. Nos adentramos a modo de introducción, en la revisión de las necesidades de las mujeres en lo que definimos como “la recuperación del nacimiento”. Posteriormente, y siguiendo la dinámica de los capítulos anteriores, analizamos los discursos alrededor del cuerpo, el riesgo y el dolor como representaciones centrales, pero aceptando que no son apartados estancos sino que están en continua interacción entre ellos y con otras representaciones e ideologías más amplias que implican la totalidad de la persona en el nacimiento. En un tercer apartado analizamos las estrategias de resistencia con la finalidad que propone Good (2003:118), y porque las resistencias son un *“catalizador químico que permite evidenciar las relaciones de poder, ver donde se inscriben y descubrir sus puntos de aplicación y los métodos de que se valen”* (Foucault, 1986:29), y, entendiendo de nuevo que en todos los apartados trabajados están inscritas las manifestaciones de resistencia. Continuamos con la organización y principios de las profesionales que ofrecen asistencia a las mujeres y las relaciones que entre ellas se establecen para, finalmente, abordar el parto y sus rituales.

5.1. ¿Por qué “recuperar” el nacimiento?

“Cuando yo vi el primer parto –en un hospital- dije: esto no puede ser, las mujeres tienen que parir de otra manera, no puede ser esto... O sea, pentotal¹⁹³, sacar a la niña con ventosa... Yo salí de allí llorando, pero no de emoción sino de rabia ¡Esto no puede ser! Y empecé a leer pues libros que llegaban... Entiendo perfectamente que las mujeres quieran parir en casa y por eso creo que también tengo que ayudarles, si yo puedo... a tener el bebé en su casa” (Mt.5).

¿Qué vio esta comadrona que insiste en que “no puede ser”? No se refiere a aspectos físicos, puesto que desde el modelo médico se presenta a una mujer que podemos decir bien asistida, cuidada por profesionales y liberada del dolor ¿Qué otros aspectos pues, valoran las mujeres y profesionales que sienten la necesidad de “recuperar el nacimiento”? Revisamos sus opiniones con la intención de conocer todos los significados y alejarnos de interpretaciones como la “vuelta al pasado” o la sujeción de las mujeres a su biología, que ya advirtió Osborne (1993):

“La defensa del cuerpo, de sus sensaciones y de la maternidad en tanto que hechos naturales realizada por este tipo de feminismo, que los separa del

¹⁹³ Anestesia general que se utilizó en las décadas de los setenta y ochenta.

contexto histórico y cultural, no hace sino reproducir las mismas técnicas ideológicas que han servido para someter a la mujer” (Ibidem:77).

Venimos afirmando que el parto es un hecho biológico y este dato universal presenta múltiples formas y colorido al revestírsele con el ropaje de la cultura. Son las representaciones hegemónicas las que lo definen culturalmente y desde aquellos/as a quienes se les reconoce este poder; situación histórica que ha tendido a dejar fuera a las mujeres como protagonistas de sus partos. En el “Movimiento para un parto autónomo o su recuperación”, las mujeres están opinando y decidiendo cómo quieren significarlo. Puesto que son ellas quienes van a experimentarlo, lo apoyan con representaciones acordes con valores que les proporcionan unos beneficios o satisfacciones según su ideología, considerando que *“el mismo universo de representaciones general se interpreta de maneras diferentes que dependen de intereses creados concretos dentro de la sociedad de que se trate”* (Berger y Luckmann, 1995:158). La ideología respecto al nacimiento presenta diversas tendencias; o bien se toman aquellas que se proponen desde los discursos legítimos *“la palabra del padre”* y desde las que se somete a las mujeres al poder, o se deciden otras en las que cada cual re-interpreta lo que es aceptable, dando respuestas a su forma de nombrar la realidad y a sus experiencias. Mujeres y profesionales realizan el ejercicio que se plantea desde una antropología médica crítica en la que se analiza *“cuando las representaciones de la enfermedad son en realidad tergiversaciones que sirven a los intereses de aquellos que detentan el poder, ya sean (...) la profesión médica y los hombres poderosos”* (Good, 2003:117).

Por ejemplo, frente a la representación del parto como un suceso que mejor “evitar” y *“no enterarse de nada”*, estas mujeres y parejas lo redefinen: *“¡Pues vaya gracia! Si no te enteras de esto ¿de qué te vas a enterar? Si ya no notas esto ¿Cómo vives? Yo quiero enterarme, no quiero que me lo hagan, quiero hacerlo yo... quiero vivirlo, no quiero que me lo roben. Es una oportunidad”* (Clara). Todas las mujeres que planifican un parto en casa comparten esta opinión. Es muy diferente si la expectativa es no enterarse o que diga: *“Yo quiero vivirlo”*, asegura Mt.5:

“Yo quería parir y me di cuenta que con un médico delante yo no iba a parir, me iban a sacar al bebé... y ¡yo quería parir! Me sentía segura y capaz de parir. Fui a una charla y entonces me di cuenta que había más mujeres que querían parir ellas y que en casa se podía hacer. Entonces me fui metiendo en todo esto” (Mt.5).

En los valores e ideologías en que se mueven estas mujeres plantean ejercer el poder para defender una parcela de sus vidas y de sus experiencias, cuando contrariamente desde la ideología hegemónica todo esto debe ser abandonado en manos de expertos/as. Por esto, hay quien las define, tanto a ellas como a los/as profesionales que les apoyan, de “*radicales*”¹⁹⁴ dando a este vocablo una connotación negativa y estigmatizadora. Los planteamientos de sus necesidades implican la globalidad de todos los aspectos que lo pueden hacer realidad y que recogemos a continuación:

Centrados en el cuerpo:

María: *“Yo estoy segura que tumbada no podría parir, entonces, me imagino pasar toda la dilatación tumbada... en una cama... Al menos en tu casa te mueves y estás como tu quieres estar, y si te tapas... te destapas... te mueves”*

Ángels: *“Porque se respete mi ritmo de parto según el cuerpo lo pida, y no impuesto desde fuera”; “Me encanta la idea de parir a mi aire, con el tiempo y en la postura que necesite. A mi ritmo natural sin fármacos que aceleren el parto, sin intervenciones”*

Clara: *“Yo imaginarme que voy a parir en un sitio donde no me dejan mover, si tengo hambre comer, si quiero cantar... cantar”.*

El entorno y con quién compartir:

Pere, pareja de Marina: *“Es el mejor lugar para acoger a alguien que viene a este mundo. Para estar en casa, estar tranquilos... recogidos... en tu ambiente”*

María: *“Un lugar que me da seguridad, en mi espacio, con mi familia”:*

Ángels: *“Para que nazca en un ambiente familiar, con la gente que quiero”*

Necesidades psicológicas:

Marina: *“Tengo ganas de vivir esta experiencia de la que creo puedo aprender mucho. Mi hija tiene derecho a nacer bien y también el padre tiene derecho a desarrollar su papel en todo. Es el derecho de tres personas que se unen en el momento que puede ser el más importante de sus vidas”.*

Clara: *“Disfrutar de cada momento, con alegrías, miedos, sensaciones nuevas”.*

Por aspectos emocionales y físicos:

Clara: *“Para poder estar tranquila, sentirme bien, a gusto; quiero poder sentir que tengo el control sobre el nacimiento”;*

Marina: *“Quiero estar relajada y tomarme mi tiempo. Es la única manera de que se respeten los derechos de los protagonistas”*

Ángels: *“Para no perderte nada, lo sientes, lo haces tu... sientes lo que está pasando en tu cuerpo, sumergirte, vivir el momento”*

Finalmente, para evitar intervenciones:

¹⁹⁴ Así fue la opinión que expresó la médico que amablemente nos hizo de guía para conocer la sala de parto natural de la Maternidad de Barcelona.

Pere: *“Como la madre y el niño quieran, no como te diga el médico que tienes que parir”*

Joan: *“Es mas seguro para mi hija, nos ahorraremos anestesias, oxitocina y toda clase de intervenciones innecesarias. Desconfío de las intervenciones y métodos hospitalarios”.*

A través de estas exposiciones se capta la resistencia a asumir el orden establecido del rol de las mujeres y parejas en los partos. Ellas y ellos desean participar, poder decidir y no sentirse obligadas/os a aceptar aquello que los/as profesionales mandan sin ser informadas/os o negociar lo que puede ser mejor para ellas y sus criaturas; y todo, en un ambiente en el que se sientan seguras y con la participación de su pareja. Muchas de estas demandas están recogidas cómo derechos básicos del paciente tanto en la Ley General de Sanidad como en la Ley Básica de la Autonomía del Paciente (Fernández Guillén, 2004:54). No es pues nada nuevo y podía ser contemplado en la asistencia en los hospitales.

También las propuestas recogidas por el Grupo de Partos en Casa de Barcelona coinciden tanto con las demandas expuestas como con el estudio de Dr.⁵¹⁹⁵ y que se resumen en:

“Por respeto a su intimidad, a sus decisiones, sus deseos. También quieren escoger los profesionales que les asistirán y ser acompañadas por personas próximas. Quieren vivir y sentir las emociones y sensaciones que vayan apareciendo. La participación de la pareja, acoger al bebé y darle la bienvenida en un ambiente cálido, sin prisas, sin pruebas de rutina”.

De nuevo, parte de estas peticiones corresponden a leyes: *“La Constitución española incluye el derecho a la libertad y la intimidad personal entre los derechos fundamentales”* (Fernández Guillén, 2004:55), y en el PAPP (2003:89), se dedica un capítulo a tratar las necesidades psicoafectivas de la mujer y la participación del padre. Pero todo queda supeditado a “criterio médico” y, es desde este modelo que se decide cómo debe ser llevado el parto. Contrariamente, las mujeres hablan de sus necesidades y derechos que, incluyendo lo biológico, recogen aspectos de la totalidad de las personas desde un paradigma integrador.

Estas tendencias; biologicista, humanista y holista se enfrentan al partir de representaciones diferenciadas en la concepción del cuerpo y el temor que suscita el riesgo y el dolor que se le suponen al hecho del parto. Puesto que estos constructos

¹⁹⁵ Este estudio realizado entre el 2001 al 2003, fue premiado por la Academia de Ciencias Médicas de Catalunya y Baleares (2004).

están inscritos en la ideología social, mujeres y profesionales que plantean estas demandas deben analizar y resignificar estos sucesos, buscando elementos que permitan la seguridad y el manejo del dolor. En estas situaciones estamos viendo que las mujeres responden, como ya comentó Haraway (1995:114), a las relaciones de poder, la apropiación del conocimiento e incorporando el poder de nombrar.

5.2. La memoria del cuerpo

El cuerpo es el actor central del parto, aunque como hemos expuesto, no el único. Las mujeres parten de la confianza en su saber hacer, condición que algunas avalan con el recuerdo de mujeres y años en que este suceso ha tenido lugar antes de la intervención médica. Pero hay que aprender sobre él; por un lado conocer sus funciones procreativas y la dinámica del parto, por otro, escuchar sus necesidades y señales y, además, respetarlo y cuidarlo, medidas estas que son ejercidas en diferentes grados de implicación por las mujeres¹⁹⁶ y comadronas, y que se consideran elementales para poder llevar a cabo el parto en casa. Una mujer lo explica así:

“Es diferente cuando tú sabes que puedes controlar tu cuerpo, que tienes una responsabilidad sobre él, que te conoces y... no es el médico quien te dice lo que te va bien o te va mal, sino que tú lo sientes; entonces, para el parto es igual” (Informante casual).

Observamos una tendencia generalizada a concebir el funcionamiento del cuerpo en el parto como “natural”, una función biológica que hay que favorecer: *“Pienso que en casa es más natural”* (Marina); o *“lo que quieres conseguir... pues un nacimiento natural, con el protagonismo de la madre y cuando venga el parto, -el cuerpo- hará su faena y ya está todo lo hace él, tenemos los genes así, la cosa está montada así desde siempre”* y confía que *“el cuerpo y la naturaleza hagan su curso”* (Ángels). En la planificación del parto estas mujeres asocian con frecuencia “cuerpo/naturaleza”, y algunas reconocen en su cuerpo una fuerza interior con autonomía propia para hacer el parto y esto es un dato positivo para ellas.

Que el saber sobre el parto está inscrito en la naturaleza del cuerpo lo afirman insistentemente y tanto Clara como María apoyándose en las mujeres que las han precedido *“Durante todo el embarazo no he tenido preocupaciones sobre el parto, digo mi abuela tuvo ocho hijos... No sabe leer ni escribir y parió perfecta”* (María), y confían

¹⁹⁶ En este colectivo hay una tendencia, aunque no generalizada, a cuidar el cuerpo a través de la alimentación tendiendo a eliminar productos de origen animal.

en que el cuerpo *“tiene un registro, una especie de memoria corporal y supongo que todo esto en el parto sale, que es algo instintivo”* (ibidem) ¿Cómo definir esta interpretación de *“registro o memoria”* inscrita en el cuerpo, que es capaz de actuar con autonomía y que reconocen positivamente estas mujeres? Sus discursos presentan una reiterada necesidad de resaltar la defensa y confianza en el cuerpo. Esto que podemos nominar como *“esencialismo biológico”* parece más bien un punto de apoyo o el único anclaje que pueden utilizar cuando plantean esta forma de resistencia frente a los discursos hegemónicos. Así, como afirmó Osborne (1993), retoman y defienden en esta parcela de sus vidas la ideología de lo biológico, donde el cuerpo es el aliado en el que justificar su autonomía en el parto¹⁹⁷. Clara va más lejos:

“Espero que mi cuerpo sea más cuerpo que nunca, espero. La fuerza que va a salir, el estado del cuerpo, de mente, de espíritu y de todo que va a tener lugar en mí ¿no? que es más tierra que nunca, más cuerpo que nunca, mas... como si estuvieras más conectada al centro de la tierra”

Al cuerpo se le reconoce una fuerza que puede ser física, y Clara entiende que contiene otros elementos más sutiles, integrados el cuerpo que también intervienen en el parto. Un cuerpo, mente, espíritu y naturaleza como expresión de la energía, para traer la imagen de la tierra fértil, creadora y la mujer como una prolongación de estas funciones naturales¹⁹⁸, y lo reafirma considerando otros aspectos:

“Lo que yo pueda hacer al cuerpo ¿no? Lo que mi consciencia le permita. Si mi mente está ahí intentando... el cuerpo no sé si será más fuerte o, a lo mejor arrasa con cualquier pensamiento... espero que sí, porque siempre será más sabio un impulso que sale del cuerpo que un pensamiento... que puede ser producido por el miedo”.

Mujeres y profesionales, desde un paradigma que hemos denominado holista, admiten la influencia de la mente en el cuerpo y su posible repercusión en la evolución del parto: *“El asiento físico de la mente no sólo está localizado en la cabeza sino que de hecho, se extiende a través de todo el sistema nervioso central”* asegura Davis-Floyd (2001:16). María lo vive así: *“Lo que a mí me da miedo del parto es que me bloquee, un bloqueo mental. Que no esté cómoda, que me moleste alguien o inclusive que me dé vergüenza, más que dolor”.* Se considera que las emociones o pensamientos pueden ser producidas tanto por factores internos propios de cada

¹⁹⁷ De entrada, se parte de esta ideología pero, si el cuerpo no responde a lo previsto, ir al hospital es una posibilidad que nadie rechaza.

¹⁹⁸ Tradicionalmente se ha representado el ciclo de la fertilidad de la mujer similar al de la naturaleza. No es difícil encontrar imágenes de mujeres en simbiosis con la tierra y su creación, como una cualidad positiva. “La madre tierra” es una representación utilizada en algunas ideologías.

mujer, como por agentes externos. De los primeros, aparte del miedo al dolor y al riesgo que analizaremos a continuación, las situaciones que se pueden dar son tan variadas como la riqueza de cada mente humana. Por ejemplo, Mt.5 comenta diferentes situaciones demostrando cómo aspectos psicológicos pueden influir en el cuerpo¹⁹⁹ y cambiar el rumbo del parto. Externamente hay que cuidar el ambiente – razón esta por la que quedarse en casa-. Se parte de que el cuerpo puede ser condicionado en sus funciones por aspectos como la presencia de personas desconocidas, inhibir el movimiento de la mujer o imponerle posturas que ella no ha elegido²⁰⁰; en otras palabras; las mujeres saben parir y para ello hay que favorecer las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales en que puedan realizarlo, y son ellas quienes las eligen y las dictan:

“La mujer es libre, puede hacer lo que quiera, desde irse a la montaña... yo me he ido detrás de ellas... hasta meterse en el mar si quieren o irse al cine... son libres... Mientras se sientan bien... pues está bien que lo hagan, que hagan lo que quieran. He visto mujeres que controlan su cuerpo... Nuria, que primero durmió a su hijo, nos durmió a todos por aburrimiento. Una vez estábamos todos dormidos, se metió en el lavabo y parió... o sea, con cuatro contracciones” (Mt.5)

La práctica que expone esta comadrona se puede enmarcar en el modelo médico de atención holista propuesto por Davis-Floyd (2001:21). Además de la confianza en el orden biológico, el parto se realiza de acuerdo a otras particularidades de las mujeres. Cada una necesita de unos tiempos, de diferente actividad, descanso, alimentación etc... y las/os profesionales deben respetarlo. La confianza en el saber hacer del cuerpo es el hilo con que se teje la trama del parto y lo importante, explica esta comadrona, es que la mujer pueda *“sentirse en su medio, en su ambiente, que nadie le dirija, que nadie le controle, que nadie le diga lo que tiene que hacer, que se sienta libre para comer, moverse... para estar o para no estar o para gritar si quiere”* (Mt.5). De esta manera se espera incurrir en la menor medida en la mujer para que realice sus funciones sin interrupción, y es que, para esta comadrona:

“Esto de la salud se tiene que mirar desde un plano tanto fisiológico como psicológico como social y porque también nos damos cuenta que es así... que se va correspondiendo. La visión más general o más holista de la salud lleva a

¹⁹⁹ Explica cómo una mujer con embarazo prolongado necesitó que su madre le reafirmara que podía parir; una vez hecho esto, la mujer a las pocas horas comenzó su parto. En otro relato la mujer se encuentra en un parto de evolución muy lenta que cambia cuando logra expresar y analiza su miedo a no ser capaz de lactar a la criatura. Claudio Becerro de Bengoa (2005) aporta datos históricos de ello.

²⁰⁰ Martin (1987:58) relata un divertido ejemplo de cómo estos factores impedirán que se produzcan las funciones biológicas.

ver a la persona como un todo que nos puede influir tanto lo físico en lo psicológico como lo psicológico en lo social y lo social en lo físico... o sea, eso es un intercambio de cosas que vamos viendo, vamos aprendiendo con la práctica, con la experiencia” (Mt.5).

También las mujeres expresan su deseo de no ser controladas, de no tener impedimentos:

“Tener más poder de decisión, sentirme más cerca de mi hija... poder moverme, ir al lavabo cuando quiera... pedir un masaje ¿no? Porque en principio en el hospital me da más miedo porque pienso que ya es patológico desde el principio, te cambian las contracciones... tu cuerpo no puede responder a los estímulos propios del parto” (Marina).

Frente a la “cientificidad” con que se presentan y respaldan todas las actividades médicas (Esteban, 2001; Montes y Bodoque, 2003); mujeres y profesionales del parto en casa también buscan respuestas “científicas” que den apoyo a sus representaciones y prácticas del nacimiento. En este sentido, la institución que mayor protagonismo ha ejercido como ya revisamos en el marco teórico, ha sido la OMS con la Declaración de Fortaleza en 1985, desde la que se aconsejaba la reducción de las intervenciones sobre los cuerpos de las mujeres en los partos²⁰¹. Posteriormente, desde los grupos de trabajo de este organismo han ido apareciendo otras publicaciones (WHO, 1997; Chalmers, Mangiaterra, Porter, 2001), que refuerzan las mismas teorías y demuestran, en base a la evidencia científica, que muchas de las intervenciones realizadas durante el parto en los hospitales, no sólo son innecesarias sino que además se consideran perjudiciales físicamente y de impacto psicológico negativo en las mujeres. Así, estos informes se convierten en la ley que respalda la ideología para que el parto pueda realizarse fuera del hospital y por profesionales con tendencias en las que unifican la confianza en la biología del funcionamiento del cuerpo, el saber de las mujeres, el respeto a su participación en las decisiones y un entorno en que todo esto pueda darse.

5.3. Revisando la presencia del miedo

La idea de no conocer lo que sucederá en el parto puede atemorizar. Si a esto le añadimos las representaciones de los discursos hegemónicos sobre los supuestos riesgos y el dolor que le amenaza, el parto se presenta con muy pocos atractivos. Las mujeres y parejas realizan pues un trabajo de análisis para la deconstrucción y

²⁰¹ Antes ya habían aparecido otras publicaciones que demostraban los beneficios de esta tendencia, pero ha sido la OMS, en su carácter de institución oficial quien se ha tomado como referente.

posterior reconstrucción de representaciones que hagan emerger otras significaciones más acordes con todos los sucesos que se perciben y en él se dan. Puede ser por esta necesidad de buscar elementos de apoyo, de otorgar otra simbología al nacimiento, que estas mujeres y parejas adquieren una mayor formación sobre el tema. En ocasiones esta necesidad *“es como una ilusión, que viene de hace tiempo... que en casa siempre se ha vivido como algo más cálido. Hablamos con gente que había parido en casa y nos informaron más”* (Marina) y es una tarea primordial para casi todas/os:

Angels: Porque cuando no te dan otra posibilidad... piensas que sólo se puede parir en el hospital, que lo otro puede ser muy peligroso, que no es normal, que es una locura o que incluso, está prohibido, porque no sabes.

Joan: Hay mucha falta de información, porque vas leyendo que hay países mucho más avanzados y que un 50% lo están teniendo en casa ¡buf! (...) Te quedas sorprendido, te quedas sorprendido porque no teníamos información”

A Clara también le gustaría estar más informada y que existieran otras posibilidades de realizar el parto, ya que considera *“poco respetuoso”* la forma de atención a las mujeres en los hospitales:

“Es un problema que las mujeres no puedan elegir... pero no lo vives ni comprendes con esa intensidad hasta que te pasa, a mí es lo que me ha sucedido... Veo mujeres fuertes, sanas, que podían llevar esto adelante y se echan para atrás porque no sé quién les ha metido el miedo en el cuerpo ¿no? Una cosa tan... tan fuerte de la mujer, tan íntima, tan personal... en eso es como que se deja hacer ¿no? ¡Y es capaz de dejar que le pierdan el respeto!” (Clara).

Para Clara, los miedos de las mujeres al parto parecen ser la piedra angular del control médico²⁰². La comadrona nos aporta su interpretación en el manejo del miedo:

“A mí me gusta trabajar en algún momento el tema del miedo y la confianza ¿no? Siempre pongo ejemplos sencillos de que... el miedo que no es malo... que está bien, que nos protege, nos hace precavidos... siempre y cuando no nos inmovilice. Si ese miedo no nos deja cruzar la calle, pues mal porque no vamos a poder ver lo que hay al otro lado. Como que el miedo no es nuestro enemigo y no tenemos que luchar contra el miedo, sino que es nuestro amigo y nos está ayudando, pero hay que compensarlo con la confianza” (Mt.5).

Las mujeres y parejas que planifican el parto en casa, aunque se pueden sentir más o menos seguras en algunos aspectos: *“Porque soy una mujer sana y todas las mujeres sanas han parido desde hace milenios”* (Clara), presentan también diferentes miedos. Todas buscan un respaldo y la experiencia profesional como guía para

²⁰² Esta opinión también es afirmada por Bensaid (1986:78).

hacerles frente. Así lo apunta María: *“Si ven un problema que me lo digan con la intención de que lo podamos superar”*, y añade que Carles, su pareja, está preocupado: *“Dice que en el parto, entre los nervios, que si tiene que estar contando²⁰³, que si oye menos y le pasa algo al bebé, él va a desconfiar... él está muy asustado”* (ibidem), y a que la presencia profesional no exime de la propia responsabilidad. Marina define su miedo como emocional y duda: *“Si vas a ser capaz de vivirlo como tú crees que lo vas a vivir en ese momento o todas tus seguridades se van a desmontar”*; ante lo cual, el hospital se presenta como segunda opción que también produce miedo, aunque nunca se deshecha. Estos temores están muy generalizados entre las mujeres, y lo importante apunta la comadrona, es que puedan ser reconocidos y expuestos porque *“los miedos que más miedo me dan son los que no se pueden verbalizar, que no se atreven a decirlos y también se lo hago saber. Esos son los miedos que pueden bloquear... y no son capaces ni de explicarlos”* (Mt.5). Los miedos siempre expuestos en diferentes grados son el riesgo y el dolor.

5.3.1 Riesgo; pero no tanto

La posibilidad de que el riesgo haga su aparición es contemplada, pero no se convierte en el eje, sino que ocupa un lugar entre los otros muchos acontecimientos del nacimiento: *“Porque lo que la gente acepta son opciones, no riesgos. El riesgo es sólo una dimensión o característica en la que evaluar esas opciones, pero hay más y es muy difícil poder separar o aislar el riesgo del resto de características”* (Puy, 1995:102). Clara apunta: *“Es que si sólo pensamos en el riesgo, que sí existe, creo que es casi como llamarlo, es como ya ponerte en una situación negativa”*. En la preparación al parto se habla y comparte esta probabilidad y cada cual lo va madurando:

“Cuando les voy a hablar de riesgos pues no les explico el tratado de obstetricia... dejo que pregunten qué miedos tienen ellos y qué es lo que piensan ellos que puede ser un riesgo y las dudas que tengan, pues aclararlas. ¡Que tenga una vuelta de cordón! Pues nada, les enseño fotos, les digo: se hace así, lo podéis hacer vosotros mismos. O sea, cuando ellos van sabiendo y van viendo... lo van viendo lógico” (Mt.5).

Como apunta Puy, el mismo riesgo *“significa cosas distintas según diferentes personas o contextos y en distintos momentos”* (ibidem:98), ya que no es un fenómeno puramente objetivo sino un constructo social y, por tanto, hay que *“reconocer la*

²⁰³ Algunas comadronas enseñan al padre a controlar la frecuencia cardíaca fetal para que aumente su autonomía respecto a valorar el bienestar de la criatura.

existencia de implicaciones de carácter ideológico y político vinculadas a las distintas formas de entender y definir el riesgo" (ibidem:99). Puesto que el riesgo en el parto es una de las representaciones socialmente dominante y con una gran fuerza, también entre estas mujeres en las diferentes entrevistas aparecen alusiones a su posible presencia:

"Creo que existe un factor de riesgo... que es un momento pues muy bestia ¿no? Una persona sale de otra... ¡claro que puede haber una complicación! Puede haber un riesgo de que pase algo como en otros momentos intensos de la vida ¿no? Pero no, no me obsesiona" (Clara).

El riesgo no es ignorado, sino tolerado, puesto que *"nadie tiene garantía absoluta de seguridad"* (Puy, 1995:103). La comadrona lo afronta así: *"Durante el tiempo que estoy asistiendo, intento y procuro disfrutar del parto... si hay algo, pues ya lo veremos, pero durante el tiempo, no estoy preocupada"* (Mt.5). Todas las mujeres aceptan que ante un peligro se desplazarán: *"En caso de que hubiera cualquier riesgo en casa, si no se ve clara la situación, iría al hospital"* (María). El parto en el domicilio es una opción que encuentra respaldo, en caso de necesidad, en las grandes instituciones²⁰⁴. Como medida de prevención se aconseja que la vivienda no esté a más de veinte minutos de un hospital, y siempre se cuenta con una persona y coche disponible en previsión de la necesidad de traslado.

Los riesgos son muy variados y con múltiples facetas, y cada cual puede verlos en situaciones dispares. Sean cuales fueren, para su prevención las comadronas revisan junto con las mujeres y parejas todos aquellos aspectos que los limitan y pueden contenerlos. Para Mt.5 *"es como un enigma; -la mujer- tiene que estar muy bien situada y muy bien rodeada y bien cuidada para que ella se sienta segura, confiada y tranquila y pueda parir"*. También la OMS (1999:72) realiza estas observaciones que, como vemos, no se refieren solamente a la implicación biológica sino que en ellas se está considerando el espacio, la compañía, el cuidado terapéutico y las emociones de las mujeres; es más, asegura que las intervenciones o técnicas obstétricas pueden alterar este equilibrio y ponerlo en riesgo, con lo que aconseja evitar todas aquellas innecesarias (Ibidem:74). Para la misma comadrona el conocimiento mutuo es básico para este fin: *"Pensamos que es un riesgo para nosotras asistir a una desconocida y también un riesgo para ella si la persona que le*

²⁰⁴ Esto no supone que los/as profesionales de estos centros estén de acuerdo con el tema y que mujeres y profesionales sean bien recibidas en todos los hospitales tras el intento de parto en casa, pero tienen la obligación legal de acoger a la mujer.

asiste es desconocida porque no le dará la misma tranquilidad, la misma confianza” (Mt.5), opinión que está en la línea de lo planteado por Davis-Floyd (2001:16) y las teorías de cuidados de Patricia Benner (1997)²⁰⁵. Así, las diferencias en las formas de entender el riesgo parten de concepciones diferenciadas de definir al individuo, la salud y las intervenciones de cuidados y que, como explica Puy (1995), *“cada uno define el problema de forma diferente, considerando un conjunto de alternativas y consecuencias a valorar”* (ibidem:103).

“Conocerse es una herramienta que nosotras... yo al menos me siento más tranquila, creo que desde todos los aspectos. En cuanto hay algo y sé que está ahí, me da una cierta tranquilidad. A mí me daría inseguridad asistir a alguien que no conozco de nada”. (Mt.5)

Conocerse para sentirse segura, *“para llegar a esos intangibles de la mente y de la emoción”* (Davis-Floyd, 2001:16), escuchar y respetar sus deseos, tener información o un ambiente adecuado, son elementos en los que se incluyen las perspectivas culturales y valores de cada persona implicada y que se le reconoce valor terapéutico en la prevención de los riesgos. Comadronas, mujeres y parejas establecen un consenso cultural (Uribe, 1996:293)²⁰⁶ alrededor del parto; cada cual en su rol, pero compartiendo un universo simbólico similar en la interpretación del riesgo y su prevención. Para que esto se dé, no sólo se recupera la palabra de la “paciente” sino que es elemental conocer su forma de entender el nacimiento y conocer sus necesidades ya que, respondiéndolas, parece controlarse la presencia del riesgo. Este grupo investigado afirma que, considerar la palabra de las mujeres en sus partos tiene efectos positivos sobre su salud, afirmación que también recoge Laderman (1983)²⁰⁷ en una comunidad malaysia, afirmando que *“el contexto psicológico y de control ritual de la situación en los casos de partos tradicionales, puede tener consecuencias fisiológicas”* (en Narotzky, 1995:59). Así mismo, los niveles de ansiedad en las mujeres *“provocan la disminución de las contracciones uterinas durante el parto prolongándolo y con posibles consecuencias para el aumento de la tasa de mortalidad perinatal”* (Ibidem:59). Laderman, también subraya que *“el contexto de ‘normalidad’ y seguridad de los partos tradicionales, evitarían estados de ansiedad contraproducentes”* (Laderman, 1983:149), considerando que es fundamental el hecho de que

²⁰⁵ Davis-Floyd (2001) lo contempla como un aspecto de los cuidados humanísticos y Benner (1997) desde la necesidad de escuchar al paciente cuyo relato, entiende, contiene elementos terapéuticos.

²⁰⁶ Uribe (1996: 293) apunta que, en las relaciones médico-paciente, se establece un consenso cultural cuando se comparten los significados, situación que en su investigación, habitualmente no se daba.

²⁰⁷ Laderman, C (1983) *Wives and Mindwives. Childbirth and Nutrition in Rural Malaysia*. Berkeley. University of California Press. Citado en Narotzky (1995:58-59).

“la parturienta tiene el control total del parto y ella tiene el poder de decisión último sobre cualquier medida a tomar. La comadrona tradicional responde a las demandas de la parturienta y en ningún caso impone sus prácticas” (Laderman, 1983:122, 152).

Los factores expuestos por Narotzky (1995) del estudio de Laderman (1983), pasan por conocer las necesidades culturales de las mujeres y esto se realiza a través de la comunicación en un modelo de asistencia humanista y holista. También, como ya apuntó Mt.5, los riesgos o alteraciones no sólo están relacionados con lo biológico sino que factores sociales, psicológicos, emocionales y todos aquellos implícitos en las formas individuales de dar sentido a la realidad, tienen un protagonismo directo cuando se trata de un parto “tradicional” que realiza la propia mujer. Este es un aspecto importante a considerar cuando se habla de riesgo, y suele ser el lugar de desencuentros e incomprensiones en las relaciones con algunos/as profesionales, como expresa Ángels *“quieren tener la razón”*, ya que centran su saber en el modelo biomédico desde el que no hay lugar para la expresión de la cultura y la palabra de las actoras²⁰⁸.

Considerando el enraizamiento y poder de las ideologías hegemónicas, no seguir lo pautado escandaliza a doctos y profanos. El riesgo ha tomado estructura de realidad y se utiliza, con su aliado el miedo, como medio de coerción para convencer de la lógica del orden social y amenazar con valores morales la ideología y prácticas de los/as disidentes y, estos discursos se dirigen principalmente a las mujeres embarazadas que se ven expuestas en diferentes situaciones. Por ejemplo, a Marina le dijeron: *“¡Estás jugando con la vida de tu hija!”* Y aunque dice aceptar las diferencias de opiniones de las personas, a ella la afectó: *“Que te lo digan así... es más durillo y allí entran miedos quieras que no”*.

Clara va a un grupo de preparación al que también asisten mujeres que tendrán su parto en el hospital:

“Estoy muy convencida de que lo quiero tener en casa ¡pero te lo ponen muy difícil!. Todo el mundo, en cualquier parte a la que vas te miran como si estuvieras loca... Sólo hace falta que en el curso del parto donde la filosofía es el parto en casa, natural y sin violencia... entonces una persona te dice: fui al

²⁰⁸ Elegimos la palabra “actoras” y no “pacientes” tomando como referencia el trabajo de Menéndez (2002) que, aún en otro contexto, afirma que un actor *“decide, asume riesgos, desarrolla estrategias de supervivencia creativa al menos en el ámbito de lo cotidiano”* (Ibidem:319), descripción en la que se reflejan las mujeres que planifican un parto en casa.

médico y me dijo que estáis todos locos porque tener un hijo en casa es tan arriesgado y tan no sé qué... porque el niño se puede morir, no te da tiempo a ir al hospital. Si el niño no sé qué, se muere, si el niño no sé cuánto, también se muere... y el colofón fue 'si una persona realmente quiere a su hijo... no lo expone al...' ¡sólo me faltaba oír eso!" (Clara).

Estos discursos acentúan las inseguridades y miedos *"Esa espinita ya te la ha clavado, y luego piensas de no cerrarte a los posibles peligros, porque puede pasar"* (Clara). No es un riesgo como otros, es un riesgo de muerte, tanto de la propia como la de un ser esperado y querido o promover su afectación neurológica de por vida. Parece que con la "buena intención" de prevenirlo se utiliza un grado de crueldad que no es manejado igualmente con el resto de las mujeres puesto que también corren este riesgo en los hospitales. Se dirige solamente a quienes no se ciñen al orden establecido. De la muerte como una posibilidad, tanto en casa como en el hospital, se habla en el curso de preparación:

"Esas cosas las embarazadas las piensan porque precisamente el embarazo te acerca a las raíces profundas de la vida y en las raíces más profundas ahí está la muerte... lo único que intento es que eso se verbalice, se elabore... que de ahí salga algo que te haga más fuerte, que no te haga más débil" (matrona empírica)

María expone su forma de entenderla: *"La muerte no es casual sino que está ligada a la esencia de la vida de la propia persona. Todos necesitamos explicaciones sobre la vida y la muerte, por lo menos es una explicación que a mí me tranquiliza"*. Pero, además, en los discursos coercitivos anteriores se puso en cuestión la calidad de madres, práctica esta que es utilizada en cualquiera de las tipologías de asistencia para controlar a las mujeres que manifiestan de alguna manera separarse de los standars sociales vigentes²⁰⁹. Respecto al choque entre representaciones, Clara lo explica con una metáfora clarificadora: *"Tú sigues ahí, con tu barquito pequeño pero fuerte y te vienen unos trasatlánticos que... que te hacen mover el barco... bueno, ¡que te marean!. Tu sigues adelante pero dices: bueno, me lo podía haber ahorrado esto ¿no?"* (Clara).

Estando respaldado el discurso del riesgo por la medicina alopática, introducir formas diferentes de representarlo y significarlo, pero sobre todo de afrontarlo, es vivido como una transgresión, pero también como una amenaza que "se tolera"²¹⁰

²⁰⁹ Un ejemplo de ello en la actualidad se ha dado en mujeres que eligen la lactancia artificial para sus criaturas.

²¹⁰ Nos referimos a que no hay un enfrentamiento abierto entre profesionales, aunque sí encubierto.

siempre que sea minoritaria y no ponga en peligro sus intereses como legitimadores de este orden social²¹¹.

5.3.2. El dolor re-significado

El dolor en el parto, aunque es un dolor que no habla de alteraciones físicas, se presenta como un fantasma sin forma ni límites definidos. La homogenización de las representaciones negativas del dolor (Menéndez, 1998:46), el auge del uso de técnicas para evitarlo en el parto y el consenso social generalizado, lleva a estas embarazadas a la pregunta de ¿podré soportarlo? A todas les han llegado experiencias no gratificantes de otras mujeres. Clara comenta cómo una conocida que era anti-epidural tuvo que pedirle: *“Y estuvo agradecida cuando se la pusieron... ¡Que bien la epidural! Y claro, yo en mi casa... como no me tome un coñac”*; y Marina habló de una situación similar. Estos relatos remueven los cimientos de la confianza, y todas las mujeres de este grupo manifiestan en diferentes grados sus dudas en algunos momentos:

“Es la incertidumbre a conocer cómo vas a reaccionar, a saber si... bueno, si todo eso que dice la gente del dolor... lo vas a vivir bien... vas a poder... Mi miedo es que a lo mejor no llevo bien esa opción y digo: ¡ostras! Quiero la epidural y no me quiero enterar. Ese es el miedo” (Marina).

Clara afirma que no le da miedo el dolor, *“me da respeto”*, y pregunta a su compañero *“¿tú crees que podré? Porque claro, duele mucho”*. María, aunque dice no importarle mucho, se plantea la duda: *“¿Estaré calmada cuando tenga el dolor intenso?”*, y le preocupa el dolor de riñones porque *“es un sitio que no lo aguanto”* (ibidem). Se acepta el dolor como resultado de los cambios físicos que Ángels explica así: *“Sí, tienes que saber que dolerá porque el cuerpo tiene que cambiar, hay unas transformaciones muy grandes”*. Para encontrar soluciones al dolor, cada una lo pasa por el tamiz de los valores personales dándole significación: *“Yo creo que la mayoría de mujeres han parido sin epidural y han podido ¿no?”* (Clara) y se va preparando:

“Lo que hago ahora, si tengo algún dolor... lo voy respirando y pensando para el parto. Ahora siento dolorcillos... es como si el cuerpo te fuera preguntando ¿y esto cómo lo llevas? Y ¿esto? Me veo capaz, en mis fantasías... busco cosas que me pueden ayudar... que si una leona pare, yo también... cosas que me puedan ayudar a nivel de visualización”.

Ángels confía en su forma de considerarlo: *“Cambia mucho cómo lo vives... si lo afrontas con miedo o si lo afrontas como dejando ir... y abriéndote... ésta es la*

²¹¹ Sobre la institucionalización y legitimidad del orden social, ver Berguer y Luckmann (1995).

intención, claro. Yo me estoy preparando para eso". Y María quiere vivir el parto al que considera un rito: *"Es algo que me apetece, sentir todo el proceso"* en el que el dolor es un componente más *"porque como sabes que no es un dolor gratuito..."* (ibidem). Y porque sin anestesia, *"la recompensa es mucho mayor, lo sientes y lo haces tú... sientes lo que está pasando en tu cuerpo"* (Ángels).

El parto duele aunque la comadrona explica, como quitándole fuerza, que *"no es obligatorio, sino que sencillamente puede ser"* (Mt.5) y de nuevo, el entorno se considera un factor que ejercerá influencia en su percepción: *"Supongo que vivir el dolor, igual que cualquier experiencia dramática, en tu ambiente pues es más fácil. Si me duele pero estoy en mi cama, en mi sofá, pongo música... debe ser más llevadero a que te duela en un sitio..."* (Clara). Le Breton (1999) apunta cómo la presencia del dolor *"relaja el control que de ordinario organiza las relaciones con otros (...) Rompe las reglas del comportamiento habitual"* (ibidem:25), y la persona puede ver comprometida su imagen ante los demás. Estas posibilidades quedan contenidas con la elección por parte de las mujeres del espacio y las personas con quienes quieren compartir esta experiencia, en un clima de apoyo emocional, confianza y comprensión.

Otros factores que se contemplan en la reducción del dolor y, partiendo de que *"lo aceptan, ellas quieren elegir ese momento, valoran estar con su pareja y recibir a su bebé"* (Mt.5), es su saber y confianza en el proceso del parto ya que, *"un dolor identificado como causa, tiene significado y es más soportable que un dolor sin sentido"* (Le Breton, 1999:79). También, la no intervención de las/os profesionales, su presencia silenciosa, observación no intrusiva, el respeto a los deseos y decisiones de la madre etc, son aspectos que alivian o reducen el dolor y todos ellos coinciden y se complementan con los revisados para el riesgo y con los que las mujeres cuentan.

Menéndez (1998) parte del *"reconocimiento de que el dolor se construye en gran medida a partir de representaciones y prácticas sociales"* (Ibidem:46), esto es, el dolor está construido en la cultura (Le Breton, 1999) y, aunque la cultura define la línea hegemónica de entenderlo, dentro de ella hay formas diferenciadas de darle significado:

"La gente me dice: en el parto... se sufre mucho... Digo, en el parto hay cantidad de variables de dolor, pero el dolor va con la sensación muy intensa que mucha gente elige por placer. ¡Pregúntale a los montañeros que no les gusta ponerse de flato hasta las orejas! y que les duelen los pies o lo que sea

por el reto. Como experiencia física intensa es un reto que proporciona placeres físicos y psíquicos a quien lo hace. Ese es el dolor” (comadrona empírica).

Así, el dolor en sí mismo puede ser modificado por el valor y poder que cada cual le atribuye. Para Angels, también es un reto. Revisando el dolor que le supone al parto expresa: *“Será algo que yo viva, que me gustaría vivirlo así, como algo profundo, algo que me transporte, sumergirme en él y vivirlo al momento”*. María lo quiere sentir, y ese reto se presenta como una prueba para Marina: *“No sé si voy a estar a la altura”*. Porque vivimos en una cultura con miedo al dolor, asegura Clara: *“A las cosas reales, a las cosas intensas; la gente tiene miedo al dolor físico y en cambio, se traga otros muchos dolores”*. Mujeres y comadronas establecen una diferencia entre dolor y sufrimiento: *“Dolor más ignorancia y la falta de control sobre la situación, ese es el sufrimiento. No la sensación física de dolor”* (comadrona empírica), interpretación que también relatan las mujeres y con la que está de acuerdo Mt.5 :

“Cuando una mujer sabe concretar esa sensación física que le produce dolor, sabe por qué siente eso, sabe que está pasando en su cuerpo, no hay sufrimiento, es un dolor concreto que ella asume y que vive, pero si... no sabe lo que pasa y encima está asustada y no sabe de dónde le viene, está sufriendo ¿no? Es un dolor emocional añadido”.

Esta forma de explicar y encontrar el sentido del dolor responde a lo aportado por Le Breton (1999) cuando afirma que *“no hay dolor sin sufrimiento, es decir, sin significado afectivo que traduzca el desplazamiento de un fenómeno fisiológico al centro de la conciencia moral del individuo”* (Ibídem:12). Entendemos que el autor se refiere al dolor en general, y puesto que mujeres y comadronas dan sentido al dolor del parto, tanto en el campo funcional como moral (Bensaid, 1986:79), al ser significado, adquiere sentido y se hace más llevadero o liviano: *“Te duele porque tiene que doler, pero no estás enferma ni te pasa nada. El dolor en el parto tiene otro significado y eso es algo nuevo”* (María). Otro de los argumentos que se potencian en el parto en casa es que el cuerpo tiene recursos ante el dolor. Becerro de Bengoa (1992), revisando los trabajos de otros investigadores, aporta:

“El cerebro produce una proteínas, llamadas endorfinas, que forman parte de un sistema natural de nuestro organismo, para controlar el dolor (...) moléculas que se combinan muy específicamente con los receptores opiáceos y puede producir su propia morfina –de la que- la beta–endorfina posee una acción antiálgica potente” (Ibídem:97-98)²¹².

²¹² El autor investigó cómo las endorfinas liberadas ante el estímulo del dolor en el parto, actúan como inhibidores de éste.

El autor más comprometido en las investigaciones de esta teoría como recurso para el parto es Michel Odent²¹³ que, además, aboga por la no intervención para que este equilibrio hormonal pueda darse. Mt.5 lo vive así: *“Creo que les van subiendo las endorfinas y que van con un globo bastante importante. Algunas mujeres lo verbalizan. Las hormonas están ahí... endorfinas opiáceos... Creo que disfrutan de su cuerpo, de su parto, de su experiencia”*.

En la observación práctica, todas expresan en diferentes grados que han tenido dolor, como expone María: *“El dolor de las contracciones fue increíble”*. Para algunas llega a ser más de lo previsto y deciden ir al hospital. En las mismas condiciones, otras continúan en casa. A una de estas mujeres que gritaba con cada contracción le preguntamos que, si le dolía tanto, ¿cómo no dijo de ir al hospital? Con cara de asombro contestó *“¡Ah! Pues no se me había ocurrido, no lo pensé”* y afirma que no era un dolor insoportable, pero que no podía dejar de gritar porque le salía del cuerpo. El dolor no es una experiencia grata, pero se acepta como componente del parto ya que el objetivo de las mujeres y parejas en el nacimiento es más amplio y el dolor se resignifica en él. También las mujeres del estudio sintieron dolor, pero en tres de ellas, prevalecía la satisfacción de haber conseguido un parto como habían planificado²¹⁴.

Un último aspecto es que las expresiones de dolor y el grito también impregnan a quienes acompañan a estas mujeres, y la experiencia del parto se hace en ocasiones difícilmente soportable para ellos/as. Puede no haber relación entre las categorías del dolor expresado -lo que ven y sienten las personas presentes- y lo vivido por la mujer. Así, algunas mujeres al finalizar un nacimiento con estas características comentan *“Pues no ha sido para tanto, pensé que dolería más”*. No se establece siempre la vinculación entre lo que se ve, lo que la actora siente y lo que cada cual representa del hecho que está observando y viviendo. Así, el dolor como construcción social, se presenta moldeable y se adapta a las múltiples interpretaciones culturales que le dan forma.

²¹³ Odent realiza revisiones sistemáticas sobre la asistencia al nacimiento y es el autor de la publicación periódica: *Primal Health Research*, además de tener una amplia bibliografía respecto al parto no medicalizado. Ver: www.birthworks.org/primalhealth y también: www.michelodent.com

²¹⁴ Recuérdese que María y Clara tuvieron su parto en casa, Ángels lo realizó en el hospital sin anestesia y Marina, con una dilatación avanzada pero sin otros progresos, tuvo que acudir al hospital donde se le realizó una cesárea, aún así, se mostró contenta por haberlo intentado.

5.4. Estrategias de resistencia

Hemos visto cómo junto a las ideologías que se imponen como legítimas, conviven otras formas diferentes de nombrar la realidad. No compartir en la misma medida algunas de las representaciones que conforman el universo simbólico de una cultura, es socialmente aceptado o tolerado mientras no tenga una especial visibilidad social y no suponga una amenaza para el orden que se dicta desde las instituciones sociales. Pero parece que hacerse cargo personalmente de los procesos reproductivos como sujeto adulto y responsable con capacidad de decisión sobre el propio cuerpo, puede perturbarlo, como así se deduce de las inquietudes individuales que levanta alguno de estos órdenes en dos sentidos. Por un lado, se están cuestionando las representaciones del cuerpo como objeto cuyas funciones deben ser controladas por la medicina –obstétrica- para realizar el parto y que, tomando las mujeres la iniciativa y protagonismo sobre él, pueden alterar las estructuras del poder. Por otro, las representaciones actuales del riesgo en el parto se presentan como constructos reales que hacen temer –sobre todo-, por la seguridad del producto de la producción: la criatura; un bien hoy escaso que socialmente hay que proteger. Es esta última tendencia por los valores morales que se le asocian, la que influirá con fuerza en la legitimación de los discursos medico-sociales y la aceptación del orden institucional por parte de la mayoría de las mujeres y, aquellas que planifican un parto en casa también las reconocen.

Pero aún con todo, estas mujeres y parejas resisten a la presión y reivindican una asistencia acorde con sus necesidades, puesto que la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica del noviembre de 2002 dice en su artículo 2:

“Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes o usuarios (...) El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles” (Fernández Guillén, 2004:54).

Actualmente, como venimos diciendo, la única opción desde las instituciones es la aportada por el modelo biomédico y, aunque se está haciendo un esfuerzo por introducir modificaciones en algunos hospitales, las que se activan responden a este

mismo paradigma²¹⁵. Algunas mujeres han intentado decidir opciones en los aspectos de cuidados en sus partos en los hospitales presentando lo que se conoce como “Plan de Parto”, contemplado en el PAPP (2003:83), y las respuestas han sido negativas como observamos en un documento extendido en uno de los hospitales de la provincia de Tarragona en respuesta a las demandas de una mujer: *“Asistimos como lo que .se reconoce ‘parto medicalizado dirigido’. No hacemos, de momento, lo que se llama parto natural”*. Si las instituciones no tienen soluciones, las mujeres y parejas se ven obligadas a buscarlas en otros espacios.

Aunque se entiende que todo/a “paciente” tienen derecho a decidir sobre su salud, cuando estas decisiones no responden a lo socialmente pautado, generan reacciones de rechazo que les hacen sentirse transgresoras y esto dificulta la comunicación de sus proyectos, tarea en la que suelen invertir tiempo para la reflexión. Las decisiones que toman a este respecto son variadas, como también lo son las respuestas tanto de los sectores públicos y familia, como de los/as profesionales. Marina lo explica así:

“Con la gente que no está de acuerdo te puedes encontrar con diferentes posturas; con la que puede padecer... con la que puede hacerte sentir mal con los comentarios que yo pienso que es desagradable, y después la persona que intenta darte información para que puedas cambiar tu punto de vista”.

Antes de comunicarlo a los/as profesionales lo valoran, y calculan las posibilidades de ser o no recriminadas. Por ejemplo, Marina, cuando tomó confianza con la médico, le informó de su proyecto y se sintió apoyada por ella. Clara lo pudo compartir con la comadrona, aunque pensó: *“A ver si me va a echar una bronca”*, y la comadrona le recomendó: *“Aquí hazte la diplomática”* que suponía tener que decir que tendría su parto en el hospital: *“Yo tenía al principio un trauma porque estaba mintiendo ¿Por qué tengo que mentir si tengo mi derecho? Me gustaría decir no, como ciudadana, pero ya vi que a nivel práctico, era más fácil hacer eso”*. Para no mentir, la estrategia que utilizan algunas mujeres cuando les preguntan dónde tendrán a su hijo/a es la de contestar: *“Me toca en el hospital X”*, lugar al que se supone irán.

²¹⁵ Nos referimos a La Maternidad de Barcelona que, siguiendo los protocolos, permite un parto menos medicalizado, pero controlado y dirigido médicamente. La médica que nos acompañó explica: *“Es para quien quiere un parto poco intervenido... lo que esto no es como las radicales que quieren parir en el domicilio ¿eh?; es diferente”*.

Otras mujeres no tuvieron la suerte de encontrar profesionales que las comprendieran o por lo menos que las respetaran; una de ellas tuvo que oír de la matrona: *"Creí que eras más inteligente"*. Incluso, afirma Dr.5: *"Cuando alguien demanda asistencia al parto en el domicilio a la Administración Sanitaria, ésta le contesta que no se le atenderá si no es con ingreso hospitalario"*. De tal manera es impactante para algunos/as esta decisión, que en el intento de disuasión utilizan la amenaza de muerte –ya referenciada-, el insulto: *"estás loca"*, la desconsideración: *"eres una inconsciente o irresponsable"* o preguntan si pertenecen a alguna religión o secta, respuestas que nos reflejan, como señaló Foucault (1986:29), del alcance en la imposición del poder y los recursos que hay que activar para contrarrestarlo.

Así, una tendencia que utilizan para economizar los enfrentamientos es la de "no decir" o resistencia silenciosa, cuya práctica Ángels mantuvo durante todo el embarazo:

"No, porque me voy a meter en un lío... porque empezarán a hacer preguntas ¿sabes? Te van a darle vueltas y mil razones y no respetan. Para no entrar en todo eso dices: no vale la pena. Supongo que hay pocos que ven eso con buenos ojos, porque les quitas un poco de protagonismo a ellos... y entonces ¿para qué te vas a meter? Te van a buscar las cosquillas... y esto no lo hagas... y si pasa esto..."

Ángels hace alusión a salirse del "circuito médico" porque se siente diferente de las mujeres que ha conocido en la preparación: *"Todas van incluso con la idea de ponerse la epidural. Son más de abandonarse a los médicos que de abandonarse a su cuerpo"*. María tampoco dice nada porque no ha "conectado" con la matrona pero opina:

"A mí me da pena que realmente si nosotras no pedimos, si las mujeres que parimos no pedimos algo diferente en los hospitales, nunca van a cambiar las cosas. Claro, por no vivir una experiencia negativa, enfrentarte con la gente, pues les dices lo que quieren escuchar y adiós muy buenas".

Que las mujeres mantengan una actitud silenciosa con los/as profesionales no está relacionado con informar a la familia o a parte de ella. Así, Marina no dijo nada a sus padres porque su madre es "muy sufridora", pero sí a su hermana. Otras no lo dicen para no enfrentarse al deseo de la madre de estar presente en el parto; otras lo comparten con las amigas pero no con la familia y hay también quien no comunica nada a nadie como quien se enfrenta a sabiendas que es una opción con poca o nada

acogida. Como vemos, las respuestas son múltiples, y en general, si hay implicación afectiva, priman las del respeto, aunque pueda haber una oposición declarada.

“No decir” –práctica de protección que también vimos en las mujeres que irán al hospital- no tendría más valor que cualquier otra opción si no es porque algunas mujeres lo viven con culpabilidad. *“¿Cómo no decir a la madre? ¿y si se entera? ¿Y la médico?”* piensa Marina: *“Después del parto si la tienes que volver a ver y se entera... se puede sentir un poco...”* ¿engañada? Y cuando hablan de su opción: *“Te preguntan y tienes que andar justificándote ¿por qué me tengo que justificar? Ellos no se justifican”* (María). La socialización e interiorización de las normas hacen aparecer como menos válidas o hasta negativas aquellas decisiones minoritarias, aunque estén legitimadas en lo personal por un razonamiento lógico, y esto es más acentuado cuanto mayor es el poder que se le reconoce a la institución a la que se enfrenta: la familia y la medicina. Pero, las mujeres mantienen sus elecciones. Reivindicándolas más o menos abiertamente conforman un grupo de resistencia a partir del que se van introduciendo algunas modificaciones en el sistema social²¹⁶.

La relación entre las/os profesionales de una y otra ideología también presentan facetas diversas porque, en los protocolos médicos, *“no sólo no contemplan la posibilidad del parto en el domicilio, sino que la prohíben implícitamente, contraviniendo los derechos legales de los usuarios”* (Mt.5). A nivel práctico de lo cotidiano, en general, hay mutua tolerancia siempre que se permanezca en silencio, esto es, *“se sabe pero no se dice”* como fórmula de resistencia a la presión que ejercen quienes se saben en el modelo legítimo y porque se reconoce su fuerza. Por ejemplo, la comadrona se trasladó para trabajar en la atención al parto en un hospital²¹⁷ y comenta sobre las compañeras:

“Me han comentado ¡ostras! ¡Verás tu ahora...! No sé qué pensaban, pero como me vieron muy tranquila, muy pacífica y muy sosegada... pues la verdad es que no he tenido problemas, al contrario, he tenido colaboraciones muy buenas y muchas. Con lo médicos, no doy explicaciones de mi vida ni de lo que yo hago. Ellos ya ven que soy un poco rara o especial, pero también ven que soy respetuosa. Si alguien ha querido hablar, yo zanjo el tema porque yo no les pregunto qué hacen ellos, yo no les pido explicaciones” (Mt.5).

²¹⁶ Ya hemos comentado como se reflejan en el PAPP (2003) la introducción de modificaciones en algunos hospitales y la aceptación de algunos/as profesionales.

²¹⁷ La mayoría de profesionales tienen un trabajo más estable en alguna institución.

El no compartir las mismas representaciones y significados hace difícil la comunicación y, en ocasiones, desde el poder legítimo surgen discursos paternalistas utilizando el miedo como amenaza, explícita o no, como medio de disuasión para el abandono de estas prácticas. No se trata de “medicinas alternativas”²¹⁸, sino que son las/os propios/as profesionales del sistema médico con autorización reglada quienes respaldan esta atención; o sea, la resignificación se da dentro del propio sistema, aunque no tanto en las esferas médicas como en las paramédicas²¹⁹. Pero sobre estas/os profesionales cae el peso del estigma. Así se deduce de las preguntas de Dr.5:

“¿Por qué no nos llaman a colaborar en la Escuela de Comadronas o en la Facultad de medicina? ¿Por qué no nos dan un lugar en sus congresos o en sus asociaciones? ¿Por qué el Departamento de Salud de la Generalitat no nos propone la coordinación con la red de asistencia pública de atención primaria u hospitalaria para ir definiendo este modelo cómo hemos pedido y han pedido las usuarias en muchas ocasiones?”

Y es que, el MMH sigue excluyendo otros modelos de atención, aunque se den en sus propias filas. Declarar abiertamente otra forma de pensamiento fuera de las normas es castigado, como apunta Dr.5: *“Iniciar modelos, conductas, ideas... nuevas, sigue estando lleno de dificultades. A pesar de que nos dicen que los tiempos están cambiando, parece ser que las trabas a la innovación continúan”*²²⁰. Uno de los apoyos con que cuentan estas profesionales es sentirse respaldadas y compartiendo sus ideas con las prácticas que se llevan a cabo en otros países de Europa donde las decisiones de las mujeres tienen mayor reconocimiento social: *“Un modelo de atención reconocido y querido en países de nuestra área, Europa, y en completa resonancia con la evidencia científica y con las recomendaciones de la OMS para esta área geográfica”* (Dr. 5).

En la seguridad de sus reivindicaciones, la Asociación Nacional del Parto en Casa organizó dos congresos (2000 y 2003), en los que participaron representantes internacionales que promueven estas tendencias. Pero la contrapartida es que, a mayor visibilidad social, mayor control. Así, se han dado situaciones de enfrentamiento

²¹⁸ Una comadrona afirma que el parto en casa no es una alternativa puesto que siempre se hizo así: *“La alternativa es el parto en los hospitales”* (informante ocasional).

²¹⁹ Son dos médicas las que dan apoyo al parto en casa en Catalunya y alrededor de diez comadronas. Hay otros/as médicos que permiten el parto no medicalizado en el hospital.

²²⁰ Dr5, junto con un grupo de comadronas han organizado una casa donde asisten partos como si se tratara del domicilio.

con la autoridad pública en la defensa de la intimidad del parto²²¹. También, en la actualidad, la administración ha intentado cerrar y ha sancionado la Casa de Partos de la provincia de Barcelona que fundó Dr.5, por acusaciones que, sus profesionales catalogan de falsas y calumniosas. Estos requerimientos han sido contestados administrativamente como también, haciéndolos públicos en actos organizados con la participación de otras asociaciones que defienden los mismos objetivos²²². En uno de ello se lee:

“Queremos llamar la atención de las autoridades sanitarias sobre la demanda cada vez más numerosa de mujeres que desean un parto respetuoso. Queremos dar eco a esta opción para todo el conjunto de mujeres, ya que hasta ahora la información que la mayoría manejamos es más que sesgada, entendiéndose por normales prácticas médicas que violan los derechos de las mujeres y sus bebés” (Plataforma Pro- Derechos del Nacimiento).

Consideramos que estos movimientos de resistencia están dando sus frutos. Cada vez más mujeres se interesan o cuestionan las prácticas de la asistencia al parto en los hospitales y hemos visto que alguna matrona de estos centros las modifican o suprimen y otros/as médicos/as “consienten” las innovaciones. El acceso a la información a través de los medios informáticos está siendo utilizado cada vez por un mayor número de mujeres que ven en ellos contestados sus cuestionamientos y necesidades²²³. También, desde el Observatorio de Salud de la Mujer se ha propuesto como objetivo reducir en alguna medida las intervenciones sistemáticas en los partos apoyado en el PAPP (2003), donde se contempla la opción de “asistencia al parto no medicalizado”, aunque, como hemos señalado, en la actualidad no sea tenido en cuenta²²⁴.

5.5. De mujeres y comadronas. Encuentros para un parto en casa

Hemos apuntado que todas las mujeres que planifican un parto fuera del hospital controlan su embarazo en aquellas instituciones en las que están aseguradas. La utilización de los servicios para un parto en casa correspondería a iniciativas personales en la variedad de posibilidades que se dan en los itinerarios asistenciales.

²²¹ Esta situación se dio en Andalucía cuando la guardia civil trató de entrar en un domicilio para asegurarse de que realmente era un parto y no consideró la palabra de la comadrona. Mantuvo vigilada la casa y posteriormente denunció a la comadrona.

²²² En Barcelona está la “Plataforma Pro-Derechos del Nacimiento”.

²²³ En junio 2006 se ha puesto en marcha una web para informar a las mujeres acerca de la no necesidad y riesgos de la episiotomía: www.episiotomía.info

²²⁴ La contradicción se observa en que, cuando se trata de prácticas médicas que se quieren imponer, el protocolo se presenta como ley. En cambio, cuando las mujeres han querido elegir estas nuevas tendencias, no se ha respetado, aunque también se reflejan en los protocolos.

En este apartado, aparte de referirnos al grupo de parto en casa observado en Barcelona recogeremos también las aportaciones de la médico (Dr.5) de la casa de partos. Así, éstas informantes son en nuestra investigación el modelo de profesionales que dan asistencia al parto fuera de los hospitales²²⁵. Presentamos inicialmente los modelos de atención en los que se sitúa la autogestión del parto y posteriormente las relaciones profesional/paciente y la preparación a la maternidad.

5.5.1. Hacia la auto-gestión del parto. Modelos de atención

El enfoque de la atención de estas profesionales, aparte de haberse formado en el paradigma biomédico, podemos enmarcarlo en los modelos humanista y holista que ya revisamos de Davis-Floyd (2002:21). Desde estos modelos se entiende que es importante establecer una conexión que facilite la comunicación entre cuidadores y a quien se cuida, y las mujeres y parejas son consideradas/os agentes activos en la toma de decisiones y responsabilidad, que comparten con la/el profesional, como explica la comadrona Mt.5:

“Durante el embarazo hemos establecido una relación de confianza. Trabajamos desde el concepto de corresponsabilidad, así, las decisiones, actuaciones y resultados son compartidos, acordados y a la vez cada uno tiene el que le corresponde”.

Además, asegura, en esta forma de trabajar se observan los aspectos bioéticos puesto que las mujeres tienen derecho *“a estar informadas de todo el proceso, de las diferentes opciones del parto para poder escoger lo que más la convenga. Tienen derecho a tener sus propias razones y sentimientos”*. En general, ésta es la línea en las relaciones entre profesionales y mujeres, como también lo afirma Dr.5: *“Nuestro modelo de asistencia se basa en la confianza ¿Por qué vamos a desconfiar de una mujer o una pareja que con todo el conocimiento, la conciencia y la responsabilidad, nos dan la confianza...?”* Y la información, aprendizaje y autoconocimiento ocupan un lugar primordial:

“Cada pareja puede valorar ella misma la altura uterina, los movimientos fetales, el latido cardíaco durante el reposo, los movimientos y durante las contracciones, además puede conocer el trayecto que hará el niño, observando la vagina y el cuello del útero. Todo esto y más aumenta la confianza favoreciendo la autonomía y la responsabilidad en la toma de decisiones” (Dr.5).

²²⁵ Estas/os profesionales están asociadas/os con lo que parten de ideas aproximadamente comunes, aunque cada cual decide su práctica en relación a la disponibilidad y recursos.

Del modelo holista se integran además las emociones que vimos en el apartado de “cuerpo responsable” que consideran pueden repercutir sobre la mujer; porque, como afirma Dr.5, *“las emociones y sensaciones que vive la madre también las transmite al bebé”* y, el apoyo que reciba de *“la pareja, familia, amigos es importante ya que lo contrario le puede originar dificultades en el proceso”*. Y también el medio ambiente porque, aseguran, si el entorno es armónico y todo está en el orden que la mujer ha elegido y además está informada, el organismo responderá con normalidad. Esto para algunas mujeres puede suponer una responsabilidad culpabilizadora: *“Creo que estoy relajada y tranquila pero, no sé, a lo mejor estoy tensa y no dejo que esto marche”* (Marina), que sienten como una carga. También María lo explica en los mismos términos:

“Por lo que a mí me toca, él –su pareja- está confiadísimo de que ni se va a adelantar no se va a atrasar... ni voy a tener problemas de dilatar... ni de nada. O sea, por la parte que me toca a mí, tiene una confianza absoluta, que me da miedo que si luego pasa algo... que vayamos al hospital o si se acaba atrasando y tal... Me está sobre cargando con un sentimiento como de responsabilidad que no me gusta nada. Me dice ¡eso depende de la mente de la madre! Oye, no te pases porque...no tiene por qué”.

Poner demasiado énfasis en un modelo desequilibra la efectividad de la atención, opina Davis-Floyd (2001:5), y lo aconsejable es combinar todos los elementos. Entre ellos, uno que parece estar implícito en las relaciones es el concepto de energía que ya trabajó Martha Rogers en 1986²²⁶: *“El ser humano y su entorno son campos de energía”* y de ella nos hablan la comadrona y la médica cuando se refieren a “sintonizar” con la mujer y viceversa o a “conectar” y si no se da esta conexión, no se comprometen con el parto. La comadrona nos aporta una rica explicación de sus múltiples vivencias en este sentido:

“Yo pienso que tengo un pacto secreto con las mujeres y nos ponemos de acuerdo. Voy por la calle y digo: pues igual hoy... igual va a parir no sé quien, y voy a casa a buscar la maleta. Hay algo, hay una comunicación que... que yo noto... En eso tengo una confianza... pero pienso que es...con el tiempo se va gestando esa complicidad con las mujeres ¿no?. Implica muchas cosas, claro, a nivel emocional como que te conectas mucho ¿no? Igual no puedes ser amiga de todas pero sí que sientes una cosa como muy especial ¿no? cuando las ves... que has compartido esa experiencia tan íntima...” (Mt.5).

²²⁶ Citado por Mary E. Gunther (2002).

A la experiencia de “conectar” con las mujeres también se refieren Davis Floyd y Davis (1996) que explican: *“Significa no sólo la unión física sino también emocional, intelectual y psíquica (...) El grado de conexión depende del grado que mantienen con el fluir de sus propios pensamientos y sentimientos”* (ibidem:246). Las autoras encontraron en su investigación que esta percepción es un tema común entre profesionales de parto en casa y que tener esa “conexión” es considerado esencial para captar mensajes intuitivos que Davis-Floyd y Davis (1996) analizan como forma de conocimiento con autoridad para la toma de decisiones, aunque no reconocido formalmente²²⁷. Así, en el modelo de atención para un parto fuera del hospital se trabaja desde múltiples perspectivas en las que cuentan tanto lo biológico como lo psicológico y lo social-cultural así como las experiencias emocionales y afectivas (Junge, 2001), y considerando la influencia de estos paradigmas en los campos de interacción entre mujer y profesional, y el contexto en que se encuentran.

5.5.2 Relaciones y preparación

Mujeres y profesionales se unen hacia un objetivo común y las relaciones, como dice Clara, se dan *“en un ambiente más relajado, no van a demostrar nada, no da esa sensación. Están muy tranquilas y me da tranquilidad a mí también. Puedo contar mis inquietudes y mis dudas”*. Pero, aunque teóricamente se dice que el poder lo tienen las mujeres gestantes, en la práctica lo manejan las comadronas. Ellas deciden o no asistir el parto y esto tanto por factores físicos que así lo aconsejan, como por otros aspectos más sutiles psicológicos o emocionales, intangibles a través de los que la experiencia habla de la presencia de posibles desajustes y que son expuestos a las mujeres. Éstas pueden sentirse condicionadas puesto que las comadronas tienen la última palabra. María se vio en esta situación:

“Dijo: ‘no sé si este parto terminará siendo en casa’ No me dijo el porqué y lo veo poco adecuado. Ella dijo que hay muchos factores que trabajar y le dije que me parecía poco adecuado que despertara una señal de alarma... y no dijera nada más”.

María pensó que si estas comadronas no la atendían, aunque se encontraba a gusto con ellas, buscaría otras, ya que en Barcelona hay esta posibilidad. También Clara expresa en otra situación que no se sintió bien; las comadronas, en el celo de clarificar aspectos psicológicos o sociales que puedan influir sobre el parto, preguntan abiertamente con una dinámica en que la receptora se sintió desconcertada y atacada.

²²⁷ La teoría de la intuición como conocimiento también es desarrollada por Benner (1997).

Las comadronas lo justifican apuntando: *“Es que vamos a compartir contigo un momento muy íntimo (...) Y si tú ya no te sientes cómoda como para responder a unas preguntas... tampoco estarás cómoda como para que te estemos viendo”* y continúa: *“pero si decidieseis que no estuviéramos presentes, también os acompañaríamos”*. Clara se rebela y expresa que se sintió mal, controlada, revisada y hasta psicológicamente cuestionada afirmando: *“¡Yo las he elegido como comadronas, no como psicólogas!”*. Aún así, la libertad de decisión es respetada por ambas partes, y las mujeres y parejas también pueden decidir no continuar con su proyecto o cambiar de profesionales.

Hemos observado que hay la tendencia a dar un enfoque psicológico a las relaciones que se establecen en el grupo y con las mujeres y parejas, pero esto es vivido positivamente por las comadronas que lo consideran un recurso de apoyo. Periódicamente las profesionales realizan una puesta en común con la psicóloga:

“Nos hace supervisión de equipo. Nosotras tenemos un caso que no sabemos resolver, lo llevamos a la sesión y entonces con la psicóloga lo intentamos analizar y vemos... y cómo me implico yo y qué me representa para mí, o si es de la mujer o es mía la historia y... entonces esto nos ayuda mucho” (Mt.5).

Los intereses del trabajo en equipo, puesto que no es obligación mantenerse en él, así como el tema del trabajo hacen que la comunicación interprofesional sean una actividad necesaria para el grupo: *“Nos damos apoyo mutuo, compartimos emociones, no damos ánimos y valoramos si nuestras decisiones han sido adecuadas o las hemos de mejorar. Eso nos hace avanzar a nivel profesional y personal”* (Mt.5). La necesidad del enfoque psicológico se da también entre otras profesionales de la asistencia al parto en casa.

Otro de los aspectos de estas relaciones con las mujeres y parejas son las normas. Aunque el ambiente es relajado, respetuoso y se escucha la palabra de las mujeres y sus puntos de vista, las profesionales deciden qué cosas son importantes. Como mínimo, es condición para la asistencia ponerse en contacto por lo menos tres meses antes; que la mujer y pareja se interesen y completen los datos de los impresos que se les entrega así como de la historia de salud, y que cumplan con las visitas pautadas. La respuesta al orden exigido será parte de la garantía de atención. Además, no proporcionarán el número de teléfono para ser localizadas hasta que la mujer no se encuentre en el periodo de posible parto en casa -38 semanas en adelante-. A Clara le producía *inquietud “no poder consultar si pasa algo antes”* y la

matrona explica que: *“aunque te pusieras de parto antes... no es posible; entonces llamas aquí y nos pasan el recado ¿eh? Damos los teléfonos cuando empezamos la guardia”*. Así, en todos los modelos de atención en las relaciones médico paciente, se dan situaciones de control y poder en diferentes grados.

En cambio, en los encuentros con grupos de mujeres y hombres de lo que se llama “preparación al nacimiento”, son más éstas/os quienes llevan la dinámica y, aceptando el reconocimiento que se le da al saber de la profesional, las relaciones tienden a ser más igualitarias. Este curso tiene una duración de seis meses de una sesión semanal y se prolonga a lo largo del embarazo y postparto. En la casa de partos le dan el nombre de *“Actividades grupales relacionadas con la preparación a la maternidad, el postparto y la crianza”* (Dr.5), y las comadronas proponen el de *“Educación sanitaria para la salud en el embarazo, parto, postparto y crianza”* (Mt.5), que enfocan tanto a mujeres que se quedarán en casa como a aquellas que acudirán al hospital; de forma que Clara, en su grupo, era la única que planificaba el parto en casa, y explica que: *“Me sentía muy rara... Digo, ya me siento rara en todas partes y aquí... Claro, al principio era eso que te miraban ¡Pero donde estamos! Ahora... nos hemos ido acoplando”*. En el grupo observado, la relación fue inversa y se captaba la presión y tendencia hacia el parto en casa, con lo que la única pareja que acudiría al hospital dejó de asistir.

María expresa que en estos encuentros ellos han aprendido mucho: *“Nos da elementos para discutir, clarificar cosas... para poder comunicarnos”*. El curso es para parejas, *“pero si alguna mujer no tiene pareja pues puede invitar a una amiga, un hermano, un familiar o quien sea, que ella tiene derecho a venir acompañada por quien ella elija”* (Mt.5). Será una de las personas que la acompañen en el parto porque estará informada y así, *“la mujer en el parto, no tiene que pensar ni recordar ni todo eso... pues que haya alguien que si en algún momento tiene que saber... que sea otra persona”* (*ibidem*)²²⁸. Contrariamente al valor que se le da al autocontrol en otros tipos de preparación y parto, en casa se supone que: *“Si no pierdes el control cuando estás pariendo ¿cuándo lo vas a perder? Si no lo pierdes... A ver, voy a gritar, me voy a cagar... es el miedo al cuerpo que queda feo porque tu no te vas a controlar”* (Clara).

²²⁸ Hemos observado que también acuden los/as hermanos/as mayores de la criatura por nacer.

Siendo grupos de tres o cinco parejas, la comunicación es fluida. Las sesiones tienen una duración de dos horas y media y están semiestructuradas. Aparte de aspectos biológicos propios, incluye el masaje, movimientos corporales, música y ejercicios de contacto con el cuerpo, baile, etc, actividades que engloban los aspectos teóricos de concebir a las personas como seres bio-psico-sociales.

Posteriormente, cuando ya ha tenido lugar el nacimiento, las parejas acuden con sus criaturas y los temas se centrarán más en las nuevas necesidades que se plantean. Las vacunas, la alimentación, algunos problemas... que, al igual que en aquellos tratados en el embarazo, se seguirán enfocando en la línea del autoconocimiento y autogestión de la salud utilizando medicinas que se pretenden no agresivas o alternativas. Se cuestionan y analizan las teorías de los cuidados pediátricos habituales en los que pueden estar invitados/as profesionales de otras disciplinas. Finalmente añadir que, en la dinámica de estos grupos, los padres tienen el mismo protagonismo y participación que las madres, aunque cada cual lo utiliza de diferente manera; desde el que acapara la atención y la conversación, a aquel que permanece en silencio.

El cambio de premisas supone la modificación del lenguaje puesto que las palabras construyen significados; así, una de las profesionales no acepta la expresión de “preparar” cuando nos referimos a la preparación al parto, porque asevera, ella no prepara: *“Yo informo a las mujeres de cosas que yo sé, y cosas que he vivido... y entonces ellas deciden si quieren parir en casa, si quieren ir a una clínica... hospital... pero ellas deciden”*. Dr.5 clarifica que: *“El lenguaje configura y es configurado por un modelo de asistencia diferente. Nosotras no estamos de guardia, estamos ‘disponibles’ y las madres ‘ayudan’ a salir a sus hijos y ellos salen, no los expulsan ni son expulsados”*. Otros de los cambios es el de “asistir partos” o “hacerlos”. El parto lo hace la madre y, en todo caso, las profesionales acompañan.

5.6. El ritual del nacimiento

Una vez decidida y consensuada la posibilidad de un parto en casa, los primeros rituales van a estar más relacionados con la preparación minuciosa de todos los detalles y elementos para hacerlo factible. Posteriormente entramos en el recorrido del parto y serán sus diferentes fases las que nos marquen los estadios del ritual; desde sus síntomas iniciales a la purificación y descanso de la mujer.

Rituales de preparación

Las mujeres y parejas van preparando semanas o incluso meses antes lo requerido para el nacimiento. Las comadronas entregan una lista de todo lo necesario, como paños de tela, compresas, plástico para proteger, cojines, luz, palangana y otros utensilios prácticos. Ya más próximo el parto o bien el mismo día, realizarán una infusión de plantas con componentes anti-inflamatorios y desinfectantes para la posterior higiene del periné, así como cuidarán la provisión de alimentos tanto para el parto como para los días posteriores; también, se aconseja tener preparada una bolsa con lo necesario y los documentos por si hay que ir al hospital, posibilidad que no se descarta. Estos preparativos van disponiendo para el próximo ritual del parto. Falta buscar a la/o las persona/s por quien/es será acompañada y cuya función será de ayudantes en aquello que se necesite de organización o porque la mujer considera que pueden serle útiles o simplemente porque quiere compartir su experiencia. Estas/os acompañantes serán elegidos/as por ella misma y son de su confianza. Se ha comprobado que la presencia de personas no invitadas, según Mt.5 y Dr.5, puede influir negativamente en la evolución del parto²²⁹.

Entendemos que esta preparación tiene su punto álgido en la visita que realizan las comadronas alrededor de la semana treinta y siete. La pareja prepara algunos alimentos o incluso una cena. En este encuentro se aconseja que estén presentes todas aquellas personas que también lo estarán en el parto. Se trata de conocerse –si no se ha hecho antes²³⁰-, de repartir tareas -una de ellas será la de tener un coche disponible por si es necesario un traslado-, preparar el nacimiento exponiendo las propias expectativas, lo que cada cual puede aportar a las necesidades de la madre, resolver dudas y aceptar que pueden surgir imprevistos o cambios de planes según planteamientos de la mujer, como así se pregunta María: *“¿Y si no aguanto a los invitados? Creo que me dará igual, ya se apañarán”*. Así, estas personas, al igual que las profesionales, deben prever un margen de flexibilidad sobre los planes realizados.

En los encuentros observamos que una de sus funciones está dirigida a estrechar lazos y a corroborar el mismo compromiso. Las comadronas se perciben

²²⁹ Algunas mujeres, cuando el parto ha comenzado se dan cuenta que prefieren estar solas y no llaman a alguna de las personas planificadas.

²³⁰ Una de las sesiones de la preparación relacionada con el parto está abierta a la invitación de las/os acompañantes para que puedan familiarizarse con el tema y las profesionales.

como profesionales expertas pero además, compañeras, cómplices del nacimiento que darán apoyo para que la mujer pueda cumplir su deseo. Son ellas quienes van exponiendo las pautas del encuentro y la mujer en primer lugar, pero también la pareja, son los protagonistas. A partir de ese día, se establece que ya puede tener su parto en casa y las comadronas estarán localizadas en todo momento.

Otra de las funciones de este encuentro es la de conocer el espacio de la casa, sus condiciones y medios así como consensuar el lugar en ella elegido en que ocurrirá el parto. Se revisan los utensilios preparados y se realiza una visita obstétrica a la madre, asegurándose que la pareja está adiestrada en la auscultación fetal. Finalmente, las comadronas se despiden. Todavía antes del parto se encontrarán en varias ocasiones en el centro.

El inicio

Todo comienza a funcionar cuando la mujer tiene contracciones o rompe la bolsa de las aguas²³¹. Se pone en contacto con las comadronas para informarles y, dependiendo de las circunstancias, sólo serán necesarios consejos o bien se acercarán al domicilio donde se valoraran las condiciones *“físicas y psíquicas”* (Mt.5). Si el parto no ha comenzado, se aconseja hacer vida normal y dependiendo de la hora, que duerma y descansa en previsión de ahorrar esfuerzos para el parto próximo. Estas prácticas no son fáciles de cumplir. María se pregunta por ello: *“¿Sabré descansar cuando me toca? ¿y si me agoto?”*. Las mujeres en estas circunstancias están emocionadas y atentas a nuevas señales. Clara llamó cuando *“ya empezaron fuertes y le dije: llama porque...aaaaa... me empezaron a salir sonidos. Llama porque esto... ¿Cada cuanto son las contracciones? ¡ahora vengo! Y de fondo se oía: aaaaa...”*. Algunas empiezan con síntomas días antes y poner las expectativas en el parto demasiado pronto hace que llegue a percibirse como largo y pesado y esto puede comprometer su final en el domicilio. Por esta razón, las comadronas preferentemente están localizadas y disponibles, pero no presentes en la casa.

El margen

Definimos como margen al tiempo que corresponde a la dilatación del cuello uterino. Cuando el parto es activo, una comadrona permanecerá en el domicilio. Las técnicas utilizadas serán el periódico control del bienestar fetal y, en menor medida y

²³¹ Está protocolarizado que el parto debe estar activo antes de las 24 horas después de la amniorresis (ruptura de la bolsa amniótica).

con el consentimiento de la mujer o su petición, el tacto vaginal. Ambas se pueden realizar sin la necesidad de que la mujer esté acostada. No hay restricción de movimientos y toda la casa está disponible para sus paseos. Los enseres para el parto están preparados y visibles.

La duración de este periodo es suficiente como para que la mujer se mueva, se recoja, coma si lo desea, ponga música... pero la progresiva acción de las contracciones va reduciendo su actividad para concentrarse en la relajación y respiraciones que las hacen más soportables. En estas funciones puede ser apoyada por cualquiera de las personas presentes aunque se considera que generalmente es más beneficiosa la implicación de la pareja: *“Sí, era su presencia, saber que estaba allí y tal... que estaba integrado... porque él no hacía nada (...) Sólo quería su presencia, eso sí, muchos ánimos, a cada contracción: muy bien, muy bien”* (Clara).

La comadrona observa, suele sentarse en un lugar discreto, sin llamar la atención, en otras ocasiones puede que se retire a una habitación próxima desde donde escuchar los sonidos de la mujer o, si el espacio lo permite, salir fuera. Este estar forma parte del ritual en la concepción de que en el parto se necesita de intimidad, la mujer y pareja están en su espacio, son ellos quienes deciden y la comadrona ocupa un tercer lugar a disposición para lo que necesiten, pero sólo entonces.

Las mujeres en estas circunstancias presentan diferentes necesidades: Clara se recogió en una habitación oscura con su pareja y sólo admitía la presencia de la comadrona para algún control. María estuvo en la sala central y pedía el apoyo de las acompañantes y pareja por medio de contacto cálido, presión o masaje. Marina invitó a tres personas que le prepararon elementos en los que sujetarse y la hicieron continuamente compañía con su presencia y Ángels, siendo el inicio del parto, no llamó a nadie, quería estar sola con su marido²³².

Es importante, afirma la comadrona, *“mantener un ambiente agradable y respetar la intimidad de la pareja”* (Mt.5), también se evitarán por parte de las/os asistentes, estímulos o distracciones innecesarias. Por ejemplo, Clara comenta que en algún momento entró su madre: *“Yo no sé qué decía y me vino otra contracción y la*

²³² Recuérdese que por “aguas verdes” y bradicardias se trasladó al hospital a las pocas horas de comenzar el parto.

dije que se fuera, pero algo así como: quítate de mi vista. Sí, de unas formas que no son nada correctas, la buena educación brillaba por su ausencia". La mujer necesita concentración, *"estar en su mundo"* (Odent, 2005:57) sin sentirse observada, con poca luz ni interacciones con los/as presentes. Pero María explica que ella estaba muy consciente de lo de "fuera", dice: *"No meterse en el globo"* y constantemente agradecía la ayuda recibida. Si lo necesita, la comadrona puede indicar recursos para el dolor como el calor, la ducha o baño caliente, respiraciones, movimientos... pero sobre todo, dando apoyo emocional que supone:

"Saber estar, acompañar y respeto hacia la persona y el proceso. Ofrecer contacto físico manteniendo siempre el respeto e intimidad de la mujer, dar apoyo, confianza y potenciar su capacidad de parir y reconocimiento. Acompañar, asegurar la privacidad y confidencialidad. No estar por otra cosa para que la mujer sienta nuestro apoyo" (Mt.5).

En el proceso, algunas mujeres escuchan música, otras necesitan de masajes o caricias, el agua siempre disponible para beber y un hombro en el que poder apoyarse. Otras prefieren estar solas y no consienten que se las toque. Respecto al grito, Clara expresa:

"Me salió una voz tan bonita, una voz que no me había oído nunca antes así, nunca –lo dice con cariño y nostalgia- era limpia, clarísima, grande... ¡Bueno! Impresionante. Salía del centro de la tierra ¡buf!. Era como un canto ¿no? aaaaa... No es como si yo gritara sino como si yo fuera el grito, no era lo que yo hacía sino que yo era. Es diferente ¿no? No era una decisión tomada".

La expresión de que el grito, igual que la fuerza del parir, no lo hace la mujer, sino que sale de dentro, "se hace", ha sido expuesta por otras mujeres. La comadrona no interviene, se entiende que cada mujer necesita un tiempo diferente, respeta el proceso fisiológico y mantiene una actitud expectante y cuidadosa de protección. Si la mujer lo permite, puede que le de ánimos a la vez que le coge de la mano o le retira el pelo de la cara permaneciendo físicamente cerca por si necesita apoyo o contacto. En este modelo de asistencia al parto, contrariamente a lo que generalmente sucede en los hospitales, las comadronas se muestran próximas y los límites del contacto del cuerpo desaparecen al servicio de las necesidades de las mujeres.

María relata que estaba agotada; tenía confianza pero estaba cansada y quería terminar. Ya no sabía qué hacer: *"Me di cuenta que era de día"* y pidió que abrieran las ventanas; su amiga Marta se puso a llorar: *"Lloré porque tenía la sensación de que estaba agotada y que por un momento dudó de que pudiera tenerlo en casa"*. Le

recordó al bebé, y ella dice se había casi olvidado; *“me era difícil pensar en él”*. La matrona le habló de la posibilidad de ir al hospital, y eso le hizo cambiar. Se quejaba y pensó que *“si me han oído gritar -los vecinos- se creerán que me están matando”*. Carles, su pareja, se asustó de verla sufrir *“Estaba cansada y él también”*. Clara y Alex lo vivieron diferente:

“Yo no sufrí en ningún momento, porque sufrir es algo que te angustia. Sentí dolor, un dolor fuerte, pero estaba como... en un estado alterado. Entonces si te dejas llevar por eso, es fantástico. Es fuerte, es alucinante ver que te está pasando a ti. Yo lo recomiendo -ríe- lo recomiendo a mis vecinas y a mis amigas...”

La paciencia y la confianza son elementales en el proceso ritual de la dilatación, hasta que progresivamente se va anunciando la proximidad del nacimiento. *“No puedo, no puedo más”* son expresiones habituales en estos momentos. Las mujeres entonces suelen necesitar más apoyo y se acercan al lugar elegido para el parto. Este paso se suele marcar con la escucha de los sonidos de la mujer que indican los pujos, con la posible pausa de las contracciones y también o además, se puede realizar un tacto para comprobarlo.

El nacimiento

No hay prisa para el nacimiento. Las/os acompañantes siguen dando apoyo físico y moral si la mujer lo necesita y se prestan para proporcionarle comodidad. Tampoco hay posiciones preestablecidas y las mujeres van optando entre algunas diferentes. La normalidad en la duración de este periodo en mujeres primíparas puede alcanzar las dos horas con lo que se aconseja que los esfuerzos de empujar sean espontáneos, sin presiones de quienes la rodean. *“Yo no lo viví largo ni doloroso, me entraba aire del día y recuperé las fuerzas”* (María), aunque afirma: *“Parecía que no acababa nunca”*. La expectación e ilusión se respira en el ambiente mientras se da apoyo a la mujer en su trabajo con palabras afectuosas. Se revisa periódicamente el bienestar de la criatura que va descendiendo para hacer su presencia en vagina. Algunas mujeres tienen interés en comprobarlo bien a través del tacto o viéndolo en un espejo que se ha preparado -previamente elegido por la madre- que se coloca con esta finalidad. Ver la cabeza del bebé en el introito vaginal se considera beneficioso porque la mujer comprueba el resultado de su esfuerzo y algunas comadronas, lo recomiendan:

“Clara: Cuando yo le toqué la cabeza antes de verla... Mira, ponte los dedos que vas a tocar la cabeza ¡Oh!

Alex: Si, fue un momento impresionante.

Clara: Cuando le ves la cabeza, es un gran cambio, fue verle... es curioso como los estímulos visuales... se nos ponen a tope ¿no? fue verle y, aunque le había sentido durante horas... pero fue verle y ¡Ah!”

Si la mujer está sentada, en general suele ser su pareja quien le da soporte físico en su espalda y el espejo le proporcionará la visión del progreso del nacimiento. María relata que sintió sensaciones raras al ver la cabeza del bebé.

La oficiante puede que dé algunos consejos, esto depende de lo que necesita cada mujer; utilizar palabras de aliento y confianza, o transmitir su presencia a través del tacto si la mujer lo permite. Está preparada y alerta para recibir al bebé. Unos paños calientes en el periné *“estimulan la circulación sanguínea y su oxigenación, ofreciendo confort y alivio ante la sensación de máxima dilatación”* (Mt.5), y además, previene los desgarros y el trauma perineal que, unido a su protección, son las actividades rituales que realiza la comadrona. La higiene de las manos y el periné no tienen la connotación de purificación del hospital puesto que es una práctica habitual en la vida diaria. Todas/os las/os asistentes visten su ropa de calle y la mujer la adapta dependiendo de la época del año, aunque en general, su cuerpo está finalmente desnudo. Algunas comadronas son partidarias de preparar algún instrumental por si la criatura tuviera vueltas de cordón demasiado prietas o necesitara la limpieza de mucosidades. El ambiente es de calma y expectación hasta que el inminente nacimiento es anunciado con el potente grito de la madre y el deslizamiento de la cabeza fuera de vagina.

Forma parte del ritual esperar a la rotación espontánea y que con la siguiente contracción salga el bebé que recoge la comadrona y entrega a la mujer. Puede que el padre haya previsto ser él quien lo recoja con la colaboración de la comadrona. La emoción y alegría silenciosa inundan el espacio en el que sólo se escuchan las expresiones de bienvenida y recibimiento de la madre a su criatura. La comadrona nos acerca a las sensaciones: *“Recibir al bebé... muchas lo dicen, calentito, mojadito... ¡es una sensación!... como muy sensual, muy voluptuosa como... realmente recrearse en esa sensación... tener el cuerpecito del bebé encima, mojadito y mirándote...”* (Mt.5). Se llora y se ríe, pero hay que seguir manteniendo la privacidad e intimidad evitando otros estímulos. Son momentos de la pareja, de la familia y se considera muy importante y único, este primer encuentro.

Se ha bajado el nivel de iluminación para que la criatura no tenga dificultad para abrir los ojos en su adaptación a la nueva vida y se le tapará con una toalla que antes alguien ha mantenido caliente. Clara expresa algo así como: *“Qué maravilloso es parir, no sé por qué se complican tanto, ¡es asombroso!”*. La comadrona observa el cuadro asegurándose del equilibrio establecido que capta a través tanto de la relación que se está dando entre los progenitores y la criatura, como de aspectos físicos relacionados con su bienestar, las pérdidas que presenta la mujer, el latido del cordón o la altura del útero. Comprobado esto, está pautado como componente del ritual del nacimiento dejar solos a los padres unos minutos, para que no se sientan observados y puedan en la intimidad sentirse libres en el recibimiento al bebé y porque se considera que es una experiencia muy personal. María dice riendo: *“Nos dejaron solos, nos miramos y ¿ahora que hacemos?”*. En ocasiones es la propia mujer quien indica salir a los/as presentes y otras, prefieren seguir acompañados y lo hacen saber.

Odent (2003; 2005) llama la atención sobre este primer encuentro y lo relaciona con las necesidades planteadas en la evolución de la humanidad, afirmando que *“la transmisión de creencias y rituales es la forma más poderosa de controlar el proceso del nacimiento, y en particular, la fase del parto entre el nacimiento del bebé y la expulsión de la placenta”* (2005:61). Algunos grupos humanos, afirma el autor, tenían la creencia de que el calostro era nocivo para el bebé, que era mejor cortar rápido el cordón y separarle de los brazos de su madre así como no mirarle a los ojos *“para evitar que los malos espíritus invadan el cuerpo del recién nacido”* (Ibídem:61). Estas prácticas respondieron a estrategias básicas de supervivencia necesarias para *“dominar la naturaleza y dominar otros grupos humanos; era ventajoso hacer a los humanos agresivos y capaces de destruir la vida. En otras palabras, era una ventaja moderar la capacidad de amar”* (Ibídem: 62)²³³. Las prácticas que se fomentan en los nacimientos fuera de los hospitales, para algunas mujeres y profesionales mantienen esta ideología de fondo, esto es, no interferir en la primera relación de la madre y su hijo/a para que pueda crearse un lazo afectivo entre ellos con una proyección más amplia. Clara lo resume brevemente: *“Creo que si el nacimiento fuera de otra manera, en general, se solucionarían muchos problemas en el mundo”*.

²³³ El mismo autor invita a visitar la base de datos por él recogida, donde las investigaciones demuestran la relación entre la forma en que sucedió el nacimiento y posteriores problemas de conductas agresivas y autodestructivas. Ver Odent (2000).

Purificación

Este tiempo tiene una duración variada en el que, cuando el cordón deja de latir, será cortado por el padre y poco más tarde saldrá la placenta tras lo cual, se pone lo más cómoda posible a la madre y se espera a que ambos reconozcan y se relacionen con su hijo/a que ya suele mostrar interés en encontrar el pecho y algunos/as, comienzan a mamar. Ante esto Clara emite sonidos de emoción, su pareja les abraza, se expresa con lágrimas: “*¡Qué bien sabe hacerlo todo!, ¡Cuánto sabe! ¡Cuántas cosas sabe hacer!*”. Las últimas actividades a la mujer serán: la revisión, higiene y cuidados del periné, suturando si es preciso, y se cubre con compresas; se limpian si quedan señales del parto en su cuerpo o en sus manos, algunas prefieren darse una ducha. También se revisa a la criatura sin separarla de su madre y se cura el ombligo. Si se visten o no, tanto la madre como el bebé, es una elección de ella. Finalmente, se le ayuda a ir a su cama que está preparada y limpia.

La madre necesita recuperar fuerzas y se le ofrece algún alimento o bebida que con anterioridad al parto ella había previsto. Algunas comadronas recomiendan hacer un batido de naranja al que añaden unos trozos de cotiledones²³⁴ previamente lavados. La justificación es la de que las hormonas placentarias favorecerán una rápida recuperación a la madre, teoría ya investigada por Tibón (1992:47), aunque en nuestro contexto parece más bien un ritual de reconocimiento con la naturaleza animal humana cuando -mujeres o comadronas- afirman que “*todos los animales mamíferos se la comen, incluso los herbívoros*”²³⁵. Hemos observado cómo otras mujeres deciden condimentarla²³⁶, y la mayoría, es un producto que rechaza.

Asegurado el bienestar y seguridad física de la madre y de la criatura, es habitual celebrar el nacimiento con cava y dulces para todos/as los/as presentes y poco después, se les deja solos, ahora durante más tiempo. Clara afirma: “*Estoy como una reina*”. La comadrona y acompañantes se retiran; el parto se da por finalizado, pero ella permanecerá durante unas horas para seguir controlando la normal evolución física de la mujer y dándole apoyo en su adaptación y respuesta a la necesidad de alimentación del bebé. El destino de la placenta también se decidió antes del parto. Hay quienes la cuidan como “la casa” que ha protegido y colaborado en el crecimiento

²³⁴ Encontramos los cotiledones en la cara materna de la placenta.

²³⁵ El actor Tom Cruise levantó la polémica sobre el tema al informar a la prensa que, tras el nacimiento de su hija, se comerían la placenta (El Mundo. *Crónica*. 7-V-2006)

²³⁶ Esta observación no es la norma, es consecuencia de años de experiencia en este campo.

del bebé con lo que, la entierran y en el mismo lugar plantan un árbol “*para que crezcan juntos*” (informante casual). Otros, no teniendo tierra propia, la guardan hasta que puedan desplazarse al campo o la entierran en una maceta. Es un producto humano y es tratado como tal. También, hay que cuidarla porque puede repercutir en el/la recién nacido/a, nos explicó una abuela cuando advirtió “*cuidado no se la coman los perros*”²³⁷. Pero, en la actualidad y coincidiendo con quienes viven en zonas urbanas, se deshacen de ella como del resto de los útiles del parto.

Una vez que la madre y criatura descansan, y se han recogido los enseres y realizado la higiene del espacio, muchas parejas muestran una necesidad imperiosa de llamar a la familia que, en poco tiempo les visitan y, dependiendo de la hora, a los/as amigos/as y al trabajo. Necesitan comunicar la buena nueva y compartirlo. Unas pocas, prefieren la intimidad durante unos días.

Hemos observado en la mayoría de ocasiones cómo un parto en casa pierde parte de su drama y la connotación de suceso arriesgado o traumático. La normalidad del espacio en el que ocurre, en el que la vida continúa con normalidad, los paseos de la mujer por cualquier punto de la casa, su alimentación, descanso, e interrelaciones, así como la presencia de sus amigas/os, hace que, una vez ha sucedido, se perciba como un situación normalizada que se incorpora a lo cotidiano²³⁸.

5.7. Reflexiones finales

La asistencia al parto en casa surge como una necesidad que plantean las mujeres de vivir y participar activamente en el nacimiento de su hijo/a. Esta necesidad se recoge en el PAPP (2003), que consideramos, es un reflejo de los años de resistencia y reivindicaciones de las mujeres. Pero aún así, en el contexto de Tarragona todavía no está contemplado institucionalmente hacer posible la atención no medicalizada al parto en la que se considere el deseo de las mujeres. Se trata de un problema de relaciones de poderes desiguales. El sistema médico emite discursos y dicta unas prácticas para la asistencia al nacimiento que estas mujeres no aceptan por no sentirse reconocidas en sus necesidades o por considerarlas excesivas e innecesarias según sus códigos y valores. Pero la comunicación entre ambas partes

²³⁷ Tibón (1992) explica los múltiples usos, símbolos y beneficios que en diferentes culturas se ha rodeado a la placenta. Algunos rituales siguen vigentes en los grupos mayas de México.

²³⁸ Esto se da con mayor claridad cuando se trata del segundo o tercer parto.

difícilmente llega a establecerse y, puesto que el hospital es el espacio de la definición médica, quien no lo acepta quedará fuera de él.

Estas mujeres, en general, aceptan y reconocen el saber y poder de la biomedicina y es a partir de sus definiciones que construyen representaciones desde las que entienden la reproducción más normalizada e integrada en las funciones biológicas del cuerpo y, por lo tanto, accesible para ellas. Se consideran los posibles riesgos, el miedo y el dolor, y se comparte el proyecto con profesionales que les dan apoyo. Otro de los asertos es que el parto le pertenece a la mujer en la que sucede, ella desea ser su protagonista, se implica y toma decisiones, como afirman algunas *“no se quieren perder la experiencia”*. Las mujeres, sus parejas y los/as profesionales defienden y reivindican esta ideología promoviendo la atención al parto respetuosa y autónoma. En este objetivo, las teorías con tendencias biologicistas parecen entrar en contradicción con la dinámica de un grupo activo que aboga por un mayor reconocimiento social y libertad de las mujeres. Como ya expusimos, mujeres y profesionales utilizan para conseguir una mayor autonomía en el parto este esencialismo biológico, que es una forma de resistencia frente a los discursos y prácticas hegemónicas que viven como una imposición.

En éste movimiento se evidencia cómo las personas, además de ser modeladas por el ordenamiento social, pueden ser sujetos de transformación en tanto que sus prácticas influyen y modifican estructuras sociales y políticas (Pizza: 2005:18). Esto lo hemos observado a lo largo de los años que se vienen dando estas demandas. De ser un hecho marginal y en la sombra social, hoy se le han unido otros grupos que le dan un carácter de mayor formalidad a nivel nacional y con proyección internacional. Mujeres y profesionales utilizan su poder para hacerse oír en organismos políticos, y sus reivindicaciones se reflejan en la introducción de tímidos cambios en algunos sectores institucionales de la asistencia obstétrica. Pero siendo realistas, hay que considerar que, tratándose de poderes desiguales y liderados por mujeres que se enfrentan redefiniendo las representaciones y prácticas con las que la obstetricia ha continuado mantenido del orden social, los cambios serán lentos.

6. DESPUÉS DEL NACIMIENTO: LA PRÁCTICA DE LA MATERNIDAD

Ocurrido el nacimiento las mujeres pasan a ser consideradas socialmente madres y, lo que supone ser madre está definido por la cultura. Este paso se ha realizado a través del parto, proceso que deja algunas lesiones físicas en el cuerpo, más o menos limitantes y de las que se recuperarán en los días o semanas posteriores. Desde la medicina se habla de *puerperio* para referirse a este restablecimiento físico que, en situaciones de normalidad, no se le da especial relevancia, pero que las mujeres sí lo acusan. A la par, deben cuidar y alimentar a sus criaturas puesto que se considera es su responsabilidad, consecuencia naturalizada en respuesta al proceso biológico de la reproducción que además, se supone que les aporta una gran satisfacción.

Las mujeres entran en esta nueva posición de madres en un corto espacio de tiempo. Ya en la sala de partos, después del nacimiento, se espera que muestren una actitud “maternal” y comiencen a lactar a sus hijos/as²³⁹. Esto, a algunas les puede generar tensiones entre las expectativas de las que se ven objeto y la realidad de sus experiencias físicas y emocionales que con el paso de los días, irán integrando para intentar responder a los códigos culturalmente establecidos. Los dictados culturales de la maternidad están firmemente arraigados y todas las mujeres del estudio trataron de asumir las funciones maternas, pero esto sí, introduciendo modificaciones para poder adecuarlas a sus necesidades y valores.

Nos adentramos en el análisis del puerperio y maternidad²⁴⁰; procesos simultáneos que queremos revisar porque, teniendo características para nosotras relevantes y comunes en todas las mujeres, generalmente no se resaltan ni especifican. Estructuramos este capítulo en dos bloques; el primero centrado en la experiencia del parto y el segundo en la maternidad. Comenzamos el análisis por los relatos de los recuerdos sobre el parto porque, siendo el evento en el que se centraban todas las miradas, para muchas mujeres y parejas parece pasar al olvido; como una experiencia no grata a la que han sobrevivido. Posteriormente nos adentramos en el análisis de la práctica de la maternidad. En primer lugar revisamos

²³⁹ Esta práctica es recomendada por la OMS en su política de “Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños” (www.ihan.org.es) y es llevada a cabo sistemáticamente en algunos de ellos y en otros como tendencias personales de las/os profesionales.

²⁴⁰ La duración del tiempo de estudio de esta etapa en nuestra investigación, como ya se especificó en el capítulo referente a la metodología, es de ocho semanas.

los códigos culturales que mujeres y hombres actualizaron sobre la maternidad durante el embarazo recogiendo el “instinto” y el “amor” maternal como ideología clave para ser analizada, a partir de las aportaciones de sus relatos, en los apartados posteriores de este capítulo.

Siendo un tema centro de múltiples críticas desde investigaciones feministas, nuestra intención aquí es contribuir a dar visibilidad a las estrategias de adaptación que activan principalmente las mujeres, para adecuar el ideal de la maternidad a sus necesidades y expectativas particulares, considerando que la función maternal es un trabajo necesario para la reproducción social (Comas d’Argemir, 2000; Díez, 2000; Esteban, 2000). Por otro lado, es interesante constatar cómo cada vez más mujeres se están cuestionando y planteando abiertamente dudas sobre el hipotético instinto maternal, la naturalidad del amor materno y la felicidad que se supone a la dedicación del cuidado a los/as niños/as y porque estos supuestos no se dieron en muchas circunstancias de sus experiencias. Así, continuamos con el análisis del inicio de los cuidados maternales en el puerperio y durante los días que las mujeres permanecen hospitalizadas. Más tarde recogemos la práctica de la maternidad durante las primeras semanas analizando los relatos de sus vivencias para finalizar en el segundo mes de vida de la criatura.

6.1. Rescatar el recuerdo

En general, las mujeres expresan satisfacción por los resultados del parto. A la pregunta de *¿cómo te fue?* responden en su gran mayoría como lo hace Montse: “Yo bien, bien, me gustó” o “estoy contenta”, contestaciones que entran en contradicción con el posterior relato de su vivencia y que, interpretamos, parecen ser un esfuerzo para adecuarse a lo que socialmente se espera que sea y cerrar el tema de una experiencia ya superada. Una comadrona empírica afirma que, con esas respuestas, “quieren decir normalmente que han sobrevivido” y que el resultado es el esperado: una criatura viva, sana y una mujer que ha salido sin otras lesiones que las ya previstas²⁴¹. Pero cuando se entra en detalles, en muchos de sus discursos emergen sentimientos de soledad, de sentirse nadie, miedo, humillación, impotencia y otras

²⁴¹ Éstas están generalmente relacionadas con las molestias o problemas de la cicatrización de la episiotomía.

emociones que se mezclan a lo largo de la experiencia del parto y que se manifiestan con mayor o menor intensidad.

Hemos observado que la adaptación de las mujeres a la atención médica del parto en los hospitales pasa por la aceptación incuestionada de todas las situaciones a las que se ven expuestas en sus relaciones con los/as profesionales. Posteriormente, casi todas relatarán con la naturalidad de quien las da por supuestas, posibles y, algunas, hasta esperadas y justificadas. Esto, entendemos, partiendo de la legitimidad y. reconocimiento .social hacia el saber médico, puede ser consecuencia de asumir. el

parto con todas las características propias de un ritual, reforzado además por el espacio en que este debe tener lugar, el hospital: *“Templo de la eficiencia y la eficacia”* (Comelles, 1996:330), espacio que ha tomado entre la población *“una dimensión mágica”* (ibídem:330), de tal manera que, como decíamos, hoy se considera el único lugar seguro para realizar el parto -nacimiento-. Así, lo que sucede dentro del hospital respecto a la atención al parto se presenta como una necesidad, “la realidad” de “las cosas como deben ser”, y las mujeres como usuarias, pero también toda la población, asumen este supuesto.

Rescatamos del relato de las mujeres aquellas experiencias que ponen de manifiesto no sólo este poder institucional, sino los efectos de la violencia simbólica o no de sus discursos (Bourdieu, 2000:49), y cómo es manejada para asegurar y reproducir el orden social; un orden de género –independientemente desde donde es ejercido²⁴²- que sigue siendo utilizado para avalar y legitimar el poder de las instituciones, concretamente, la medicina, y la subordinación de las mujeres al sistema. Consideramos que hacer valer para ello la situación de vulnerabilidad en que se encuentran durante el parto, y desde la que difícilmente pueden contestar, es una escena del enraizamiento de los valores que rigen el orden social actual en el que el cuerpo y su biología son utilizados para reproducir la inferioridad sistemática de las mujeres: *“Recordándolas o reduciéndolas de algún modo a su feminidad”* (Ibídem:78).

Proponemos, como hace Esteban (2001), analizar algunas situaciones de maltrato que viven las mujeres, demostrando que no son aspectos puntuales o *“simples desviaciones o imperfecciones del sistema médico, sino que es una cuestión*

²⁴² Nos referimos a que este orden es activado tanto por hombres como por mujeres y en cualquiera de los grados de la jerarquía médica hospitalaria.

estructural al propio sistema, que hay que contextualizar y repasar en su totalidad” (Ibídem:35). Esta opinión coincide y se explica desde las teorías de la violencia simbólica a las que se refiere Bourdieu (2000:54), que deja de ser simbólica para convertirse en violencia verbal o física. Que en los hospitales en la asistencia al parto se dan episodios de violencia lo relatan las experiencias de las mujeres, también vimos que lo admiten dos de las matronas informantes y se reconoce en el protocolo desde donde se aconseja: *“Es necesario que los centros asistenciales sean capaces de modificar su actuación para que la mujer y pareja no se sientan ‘agredidos’ (...) se recomienda a los hospitales y clínicas sean sensibles a este tema”* (PAPP, 2003:103). Así, parece que la violencia institucional es un tema conocido y aceptado, pero que raramente se le caracteriza por su nombre puesto que estos episodios están protegidos por una especie de consenso social que justifica todas las prácticas médicas como necesarias y en beneficio de la mujer a la que se asiste.

6.1.1. Sobrevivir al parto: experiencias de violencia institucional

Dolors está contenta con el resultado de su parto y tanto ella como su pareja afirman que *“tuvimos mucha suerte”* porque, estando solos en el área de partos, *“la gente está muy pendiente de ti, muy amables”*, actitudes que parecen no considerarse la norma en las relaciones. Dice que pasó miedo: *“Porque cuando me dejaron sola que me estaban colocando el gotero... pues estaba allí sola y ¡hosti! Qué cangueli, allí sola con el famoso gotero ¡qué miedo!”*. Limitar la presencia de la pareja puede facilitar una mayor vivencia de experiencias desagradables que podían evitarse. Todas las mujeres del estudio manifestaron sentirse aliviadas con su compañía y hemos observado que esto, de manera muy sutil inhibe –en ocasiones- las manifestaciones de poder e imposición en las prácticas y relaciones con los/as profesionales, que se muestran más amables y realizan las intervenciones de forma más respetuosa²⁴³.

A Roser la riñeron porque no sabía empujar, le recuerda entre sonrisas su marido, y luego, cuando se quejaba del dolor por la pérdida del efecto de la anestesia epidural mientras le suturaban la episiotomía, la llamaban *quejica*:

“¡Qué quejica! En vez de decir, bueno, espera, pues vamos a poner un poco más de anestesia local o algo, ¡quejica!... Es que ya me daba igual, porque ya había nacido y tal. Yo digo: bueno, a ver si acabamos bien... ¡Pero no!. Pues a aguantarse y ya está. Que me acuerdo que te quedas un poco así, ¡pero

²⁴³ También las mujeres han informado de cómo la presencia de la investigadora ha influido en estas respuestas.

bueno! Eso prefiero olvidarlo porque fue un percance y no... no tengo porqué explicarlo”.

Ya hemos comentado que el dolor que causa el/la médico no entra en la valoración habitual del dolor. Observamos en diferentes ocasiones que, ante la queja de la mujer generalmente relacionada con la sutura de la episiotomía, el/la profesional pregunta con asombro *“¿Pero te duele? ¡No me digas que te duele! Esto no te puede doler”*. Se devalúan las sensaciones y autopercepciones de las mujeres sobre sus cuerpos. En una de estas situaciones se encontraba presente la abuela²⁴⁴ que animaba a su hija a colaborar con el médico diciendo: *“Hija, que es así”*, frase con la que está enseñando a su hija a aceptar, resignarse, desvalorizar sus percepciones y no contradecir las opiniones médicas, entre otras. También, creíamos que habían sido eliminadas las viejas alusiones culpabilizadoras por el disfrute sexual que se supone a la concepción de una criatura, y por lo cual la mujer se encuentra en ese momento con el dolor del parto. Pero hemos visto que, ante la queja, de forma sutil o no, surgen comentarios a este respecto, tanto entre el personal médico como en el auxiliar con frases como: *“¿Y quieres tener niños? ¡Esto lo tenías que haber pensado antes!”*.

Así, nacida la criatura, el dolor cambia de categoría y ahora la mujer debe aguantarlo, como ya también explicó Núria. Además Roser soporta y justifica la inexperiencia de la médico: *“Está aprendiendo ¿no? Y ensayan contigo y ¡ves! ¿Qué van a hacer? Debe ser muy normal, claro, porque si no nunca aprendería”*; aunque en algún momento pensó que ella podría sufrir las consecuencias:

“¡Ostras!, las caras de la comadrona... mirándome la herida como diciendo ¡la que está montando! Pensé ¡ay Dios mío! Cómo ya me habían dicho también dos personas que las habían cosido mal allí... la residente y no sé qué... Pienso, pues yo también, me toca ¿no?”

Y de nuevo utiliza la estrategia de *“es una cosa que no... no la he explicado a nadie, no ¡Para olvidar!”*. Y finaliza afirmando: *“La verdad es que todo el parto... estoy muy contenta ¿eh? De la atención y de todo..., muy bien”*. Se entiende que habiendo superado el parto ella y su hijo, el resto son “pequeños detalles” que no necesitan recordarse ni considerar por ser propios de los partos y en los que ella no ha podido

²⁴⁴ La presencia de otras personas, además de la pareja, se permite cuando la mujer/abuela o hermana trabaja en el centro.

intervenir. Fue al hospital para garantizar su vida y la de su hijo y en el cumplimiento de este objetivo, las circunstancias para hacerlo posible están justificadas.

Otra de las mujeres, Alicia, a la pregunta de si cambiaría algo de su parto responde: *“Si te digo la verdad... estuvo muy bien, me trataron bien... no sé ¿cambiar? No hay mucho que cambiar. No me trataron mal, estuve bien”*. Más tarde, recordando su miedo por las sensaciones físicas que anunciaban el nacimiento inminente cuando se encontraba sola con su pareja, explica que *“lo entiendes, entendía... Es lógico, como no haya más doctores o más enfermeros... es lo único que puedo decir, que hayan más, simplemente por la desesperación que te entra en ese momento”*. Sentirse sola lo relaciona y justifica con la falta de personal, tendencia actual de las políticas de ahorro en los hospitales públicos y concertados de Tarragona. Además, comenta otros aspectos:

“Tardaron una hora en ponerme la epidural, casi no me la ponen. Me movía y no me puedo mover. El hombre y dos enfermeras que me tenían sujeta dicen: ‘chata, o te estás quieta... o ya no te la ponemos, tienes una aguja en la espalda y esto que estás haciendo es muy peligroso’. ¡Claro! ¡Cómo si yo me pudiera controlar! Sólo decía: lo siento, lo siento, pero es que no puedo. ‘Chata, tú misma’. Es que sentí un par de veces o tres un pinchazo... es que yo no sé qué te hacen allí. La verdad que ¡me hizo un daño!”

Por su relato²⁴⁵ parece que la técnica no fue fácil de aplicar, cosa que ocurre en algunas ocasiones, pero en ésta, es culpabilizada por ello: *“Chata, es que eres muy sensible”* y ella entiende que *“tenían razón, soy tan sensible que hasta el roce de una uña creía que me estaban pinchando”*²⁴⁶. Es curioso observar cómo tantas mujeres, en su necesidad de adaptarse a las normas, no sólo disculpan a los/as profesionales sino que, asumen una responsabilidad-culpa que no se sustenta si no es en el ámbito de las relaciones jerárquicas de poderes desiguales y reforzado además con el apelativo infantilizador de “chata”. La socialización en el orden y normas en las relaciones entre médicos y pacientes lleva a presentar el maltrato como “natural”, de forma que es difícilmente reconocido por quien lo padece, como también asegura Laura Gutman (2006): *“La mayoría de mujeres guardan recuerdos de sufrimiento pero no tiene conciencia del maltrato que han recibido”* (Ibídem:43); porque no deja secuelas físicas.

²⁴⁵ En el parto de Alicia no estuve presente, por lo tanto, no puedo afirmarlo.

²⁴⁶ Esta frase es muy usada por los/as profesionales cuando necesitan pinchar repetidas veces e intentan que la paciente no se inquiete haciéndola creer que no la han pinchado, estrategia muy utilizada con las criaturas y que nos trae la imagen de la infantilización de las mujeres en sus partos.

Alicia sigue su discurso relatando una experiencia que hemos constatado también en la observación con otras parejas, pero ella, de nuevo, justifica que pudo producirse *“porque el médico tenía mal día”*. *“A Javi le dijo: ¡póngase allí! De malos modos y yo le dije que estuviera tranquilo que si no, la podían pagar conmigo”*. Se trata de que el padre permanezca a la cabecera de la mujer, no en un lado; y con el objetivo de que tenga el mínimo acceso visual a las intervenciones médicas²⁴⁷. En una de las situaciones observadas también el médico le indicó al padre su lugar de una manera impositiva y dura, como desde quien tiene el hábito de imponer su voluntad en el entorno y ser obedecido instantáneamente. En esta ocasión, el padre nos miraba desconfiado, con reproche; su hija estaba naciendo y su mujer en una situación muy crítica que contuvo su contestación. Se quedó quieto dominado por el ambiente, pero su mirada acusaba la agresión²⁴⁸.

El miedo a la posibilidad de que se den represalias lo expusieron las mujeres con bastante normalidad con frases como: *“Pero soy yo la que está allí”*, o diciendo al marido que se calle: *“Y cuando yo me vaya se lo dices”* (Alicia), y esto tanto en el embarazo como en el parto. En su situación de vulnerabilidad tienen miedo de verse expuestas a que sus dolores de diferentes categorías puedan verse aumentados por profesionales que se saben con el poder y la impunidad de su ejercicio.

El miedo también fue sentido por Alicia: *“Ese médico, cuando vio lo que había engordado dijo que iba a tener un crío de siete kilos y me asusté. De siete kilos no, pero yo pensaba que sería grande, y mira, 3.500 no es tanto”*. El poner el acento en el peso de la madre -sea el habitual o el adquirido en el embarazo-, en la edad o en cualquier otro aspecto como el grito, no contener los esfínteres, la nacionalidad o no hablar el idioma, da pie a hacer comentarios negativos -jocosos- en algunos/as pocos/as profesionales, que generan experiencias de desvalorización y humillación en las mujeres y parejas, situaciones que se han dado con mayor asiduidad con las de menor formación, esto es, obreros manuales. Así lo explica la comadrona que trabaja con estas mujeres y parejas:

“Ha habido verdaderas crisis grupales de temor hacia ciertas personas médicas, médicos que asisten el parto por el trato vejatorio y humillante hacia la mujer y su pareja. Por el trato vejatorio de insultos, amenazas...y... ¿no?”

²⁴⁷ Siempre y cuando sean intervenciones menores ya que, si se trata de realizar un fórceps, al padre se le obligará a salir fuera de la sala de partos.

²⁴⁸ Como profesional que está presente, la vivencia de estas situaciones me generan sentimientos de vergüenza y complicidad con los/as profesionales puesto que llevamos el mismo uniforme.

Esto es un barrio y todas se conocen y una se lo dice a la otra y es cuando más daño les hace” (Mt.2).

Al preguntarle a la matrona si las mujeres describen así estos sentimientos de vejación dice que no: *“Esa palabra la digo yo, ellas me explican lo que les han dicho y cómo ha sido todo. Me lo explican palabra por palabra y yo pienso entre mí: es un acto vejatorio, pero no se lo digo porque no la voy a... incitar ¿no?”*. Kleinman y Kleinman (2000) recogen la experiencia de la vejación cómo la percepción de

“estar profundamente turbado, dolido y manipulado por una fuerza exterior (...) que afecta al cuerpo y espíritu directamente (...) Decir que uno ha sido vejado es decir que hay un poder exterior causando problemas internos, que los filamentos del primero se extienden profundamente en el interior del último” (Ibídem:20).

Esta definición se adecua a alguna de las situaciones observadas en el acompañamiento a los partos y se da tanto hacia las mujeres como a los hombres. Aunque no es habitual reconocer estos sentimientos por el dolor que causan en estructuras psicológicas más profundas, cada vez son más las mujeres que los están expresando²⁴⁹. Afortunadamente, la misma matrona afirma *“ahora hace tiempo que no, pero hubo una temporada que ¡buf!. Depende del equipo de guardia, hay equipos con los que la mujer está muy bien”*. Vemos pues que las mujeres, además de estar bajo el control médico físico del parto con la finalidad de mantener la salud, están expuestas al autoritarismo, a las profundas idiosincrasias de las diferentes personalidades, valores e ideologías de los/as profesionales, aspectos estos últimos a los que también están expuestas sus parejas. Otra matrona -Mt.4- ya expuso el reconocimiento a la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres frente al personal y Mt.2 asevera con firmeza:

“Esto es ¡un maltrato a la mujer! Es un maltrato de género en una situación de parto que están en inferioridad de condiciones, porque si la mujer estuviera a la misma altura que el médico, le podía agredir, pero no puede porque está en inferior y ¡es un maltrato de género! ¿eh? ¡Clarísimo! No del marido a la mujer sino del médico a la mujer y ¡las autoridades lo consienten! Porque hay un montón de denuncias ¿eh? Además es un maltrato con rasgos de clasismo, según la clase social de la mujer ¿Qué te voy a decir? ¡Habla con Helena que te va a contar pelos y señales, habla de este tema... que ella está mucho más quemada!” (Mt.2)²⁵⁰.

²⁴⁹ En la actualidad existen a nivel estatal dos asociaciones que recogen las quejas de las mujeres tras el parto ayudándoles a procesar o dar solución a sus experiencias. El desarrollo de las comunicaciones ha facilitado la difusión este malestar. Ver: <http://www.elpartoestuestro.es> y <http://www.apoyocesareas.es>

²⁵⁰ No es habitual escuchar denuncias de este alcance entre profesionales. Lo que nos encontramos normalmente es una tímida muestra de inconformidad en la que prima el corporativismo.

La calificación de maltrato y violencia simbólica, pero también física, nos ha sido relatada por diferentes mujeres y parejas²⁵¹; dolor gratuito que encuentra resonancia en esta comadrona que aunque se rebela dice, “no hay solución” y muestra su impotencia ante los médicos del hospital: “¡Son intocables!, endiosados en una coraza blindada”, y es que las diferencias de poder en este ámbito son enormes. Hemos observado que las comadronas en general, en el área de partos, tratan de contener o mantener alejados, en la medida de sus posibilidades, a aquellos/as médicos que pueden generar conflictos en las mujeres pero, cuando éstos aparecen, ningún/a profesional se enfrenta o llama la atención directa y claramente. Si se realiza, es más bien entre bromas informales debido al status de los/as implicados/as, con lo que viene a demostrar que el orden patriarcal está firmemente instaurado en el funcionamiento jerárquico de las instituciones y todo el que se encuentra bajo él debe acatarlo. Parece que hubiera entre algunos/as profesionales y población la aceptación inconsciente de la necesidad de una cierta dosis de violencia²⁵² que se presenta normalizada por el hábito de su repetición, de forma que, en muchas ocasiones, es difícilmente catalogada como tal. Una situación así la expuso Montse acerca de su experiencia. En la primera entrevista las semanas posteriores al parto dijo sentirse contenta de cómo había ido. Un mes más tarde reflexionando dice:

“Ahora tengo más tiempo para pensar, ¡ahora no estoy contenta!... No, porque ya estaba dilatada de siete centímetros con la oxitocina, vale, entonces el tío me dijo: bueno, esto ya está, lo sacaremos con fórceps... lo sacaron y dijo: bueno, con una horita lo podías haber hecho tú sola... O sea... ¿Para qué me lo sacaron con fórceps? Además que te lo digan... ¡te lo digan tan cómodamente! Pero claro, cuando dijeron que salía un poco la cabeza dijo: está un poco encallado... pero ¿Cómo encallado? ¿Qué quiere decir encallado? Y claro, yo salí y entró otra, creo que fue por las prisas de... ¡pero qué rabia!”

Montse es la única mujer del estudio que se cuestionó las técnicas médicas de que fue objeto y busca respuestas en la reconstrucción de los acontecimientos. Se entiende que el/la médico como técnico/a que sabe, “hace lo mejor” para la madre y la criatura, pero el parto tiene lugar en mujeres sanas que observan, opinan y controlan el entorno.

²⁵¹ En la presentación –inicio- de <http://www.elpartoestuestro.es/> encontramos estas calificaciones afirmando que “el modelo actual de atención al parto (...) constituye un ámbito institucional de discriminación, violencia contra las mujeres y privación de los derechos recogidos en la Ley General de Sanidad y Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente”. El artículo de Francisca Fernández Guillém (2004) profundiza en estos aspectos.

²⁵² La violencia es un componente habitual de algunos rituales, así, su presencia puede que se considere necesaria en el nacimiento. Esto no es exclusivo de nuestro contexto. Ver Kate Hilpern (2003) y Castro, R. Erviti, J. (2002).

También, con la analgesia epidural es fácil comunicarse con las mujeres porque no están sumidas en el dolor. Se podía pensar que esto es un beneficio pues les permite opinar o tomar decisiones, pero no. Muchos/as médicos toman el protagonismo del salvador para liberar a las mujeres de sus partos, sin preguntarles a ellas si quieren ser o no salvadas. Por ejemplo Montse hubiera querido participar más en el nacimiento de su hijo, pero no le dio tiempo y le ha quedado la siguiente percepción:

“¿Qué hice bien? Si no hice nada... Tengo la sensación de que no hice nada ¡Empuja! Sólo hice un empujón... y ya está. Te lo sacamos y punto... O sea ¿Qué hice? Nada. Es una experiencia en la vida y al menos me hubiera gustado probarla ¿no? Si ves que no puedes pues ya dirás sácamelo o lo que sea, pero lo mínimo probarlo”.

En este relato parece darse el desencuentro entre las necesidades de la paciente y la representación médica del beneficio de acortar la duración del parto. Además de que no tuvo la oportunidad de empujar, se sintió engañada por la matrona: *“Me dijo que estaba de cinco... yo pensé ¿cinco? Pues si me duele tanto, que me pongan la epidural... y claro, estaba de siete. Si la mujer me lo hubiera dicho... hubiese pensado ¡ya estoy adelantada! ¿no?”.* Pero con todo, afirma: *“Estoy contenta de la gente... de que... ¡bueno! Que el niño salió bien y bueno, contenta, ahora también”.* La experiencia de Montse refleja muy bien el concepto de lo que denominamos “sobrevivir al parto” y adaptarse, cuando el único objetivo de éste es que la criatura y la madre salgan vivas, aunque para ello se deje de considerar la opinión y deseos de las mujeres puesto que, cosificadas en un útero ya no tienen derechos porque desaparecen como personas. También Anabel parece aceptar esta finalidad al explicar el parto de su cuñada:

Investigadora: ¿Cómo le fue?

Anabel: Muy bien, muy bien. Se ha desgarrado bastante ella, porque la cabeza salió enseguida y el cuerpo venía desencajado o no sé qué, y al final tuvieron que hacer un fórceps y bueno, se ha desgarrado. Pero bueno, está bien, está en casa; muy bien, muy bonito”.

La tónica habitual en las explicaciones desde las que se justifican las prácticas médicas, se presentan con los mismos componentes. Siempre hay alguien “que no está bien” o es culpable, y suelen ser las mujeres: bien como en este caso, porque se desgarró, en otros, porque grita o no sabe empujar, o en otros, porque es estrecha... Un segundo lugar de responsabilidad es el feto: que sale muy rápido, que está desencajado... Y aunque muchas de estas situaciones son provocadas por la

manipulación innecesaria de los/as profesionales, posteriormente se explicará a las mujeres, o a ellas les queda la sensación, de que algo falló en su cuerpo, dificultades que el/la profesional con su pericia tuvo que superar con lo que deben estar agradecidas. Las mujeres se despiden del área de partos con un repetido “gracias” hacia todo el personal que la ha atendido, situación por lo menos curiosa habiéndose dado algunas de las experiencias analizadas, pero que responde a que tanto la criatura como ella han sobrevivido.

Hemos apuntado en otro capítulo la dificultad del/la antropólogo/a *“frente a las profundas diferencias humanas, sobre todo, si amenazan nuestras concepciones de lo ‘normal’ y lo ‘ético”* (Scheper-Hughes, 1997:341), pero cuando las diferencias morales y de valores pueden generar experiencias de sufrimiento en el propio contexto y entre nuestras iguales, no resulta fácil acallar los sentimientos para quedarse solamente con el enfoque distante que requiere la objetividad investigadora. Uniendo los diferentes hilos de los relatos de las mujeres, podemos construir una imagen del profundo arraigo de los discursos y poder de definición social de la medicina, en nuestro caso, la obstetricia, y la repercusión de su violencia sobre los cuerpos y las mentes de las mujeres. Algunos/as autores/as llegan más lejos, como Gutman (2006), que desde una perspectiva psicologista, asegura que: *“La relación y la entrega, la fusión emocional que una madre podrá luego desarrollar con su recién nacido, estará teñido de las improntas del maltrato recibido”* (Ibidem:52). Consideramos además, que las experiencias de maltrato en condiciones que no pueden ser respondidas llevan al socavamiento de la autoestima y al aprendizaje de la sumisión.

6.2. Los códigos culturales de la maternidad

La responsabilidad sobre las criaturas es la función básica, eje de la definición maternal y las mujeres en general, se sienten responsables desde que conocen que han concebido. Medir el compromiso de lo que supone la mater/paternidad, por lo menos en una aproximación teórica, fue una reflexión que generalmente realizaron mujeres y hombres antes del embarazo, y que actualizaron progresivamente en su evolución: *“Ahora estamos pensando cómo cambiará el futuro... cómo es una cosa buscada pues no nos da miedo (...) Si, va a ser un cambio, pero todo el mundo lo ha pasado”* (Paula). *“No sé si estoy preparada ¡nunca se está preparada! (...) Me preocupa sobre todo si sabré hacerlo”* (Alba).

Durante el embarazo la responsabilidad y la experiencia fue “casi” totalmente asunto de las mujeres: *“Porque lo notas antes, por la conexión física yo creo que te sientes madre antes ¿no? Yo ya estoy alimentando a mi hija”* (Marina). Los padres aparecieron bastante al margen porque *“ellos no lo notan”* (Alicia) o porque la mujer sintió que *“llevo toda la carga yo, todo el peso, toda la responsabilidad, todo”* (Mónica). Aún así, mujeres y parejas se refirieron en plural al embarazo: *“Estamos embarazadas”*; y los hombres respondieron de muy diferentes formas que las mujeres califican de implicación o no, esto es, un padre que se implica en el embarazo *“me cuida mucho, cuida al bebé –feto- mi alimentación... a que descanse cuando llevo de trabajar. Ha leído muchísimo ¡incluso nota más mis cambios físicos que yo misma!* (María). En general, hombres y mujeres imaginaron los cuidados, valores y actitudes en los que deberán educar a la criatura. Las mujeres expresaron un interés de sus parejas proporcional al transcurso del embarazo y sólo una de ellas verbalizó no sentirse acompañada en ningún momento.

La responsabilidad en las mujeres del estudio pasó por hacer reposo hasta cinco meses (Cristina) o coger la baja durante las primeras semanas por amenaza de aborto (Nuria y Roser). Pero sobre todo, fue el día a día: *“He dejado de fumar, he dejado de beber mi café... he dejado muchas cosas”* (Alicia); *“te estropea el cuerpo, te cambia la vida. Exige el sacrificio físico de la madre”* (Cristina); *“tener un hijo se hace a costa del cuerpo de la madre; pone en peligro su estética”* (Marina). Maternidad y sacrificio todavía aparecieron unidos en los discursos de muchas mujeres y estuvieron asociados tanto al esfuerzo que supuso el abandono de lo que se considera “estilos de vida poco saludables” como de prácticas de ocio, ejercicio etc²⁵³. La responsabilidad de las mujeres no obstante se proyectaba más allá del embarazo:

“Durante el primer año, me reducen el horario, luego tengo la opción de seguir reduciendo a cambio de rebajar el sueldo y me parece que también lo voy a coger porque pienso que merece la pena los primeros años estar mas con el crío” (Laura).

Y el mismo discurso se repitió: *“Después de la baja puedo coger más paro y entonces puedo estar un año y pico con el crío”* (Dolors). En estas situaciones siempre será el trabajo de las mujeres el que se verá afectado. Aunque legalmente los hombres pueden disfrutar del permiso de paternidad, en el grupo nadie optó por esta

²⁵³ En general los cambios o “sacrificios” son aceptados porque suponen una situación transitoria de corta duración.

medida y en general, es una práctica poco común²⁵⁴ que tampoco se dio entre las parejas del estudio.

El discurso del valor social que actualmente se da a las criaturas comienza ya en la valoración del feto. Algunas mujeres interpretaron que, ante la importancia social del producto de la gestación, van siendo eliminadas, como desapareciendo porque *“va cogiendo protagonismo la niña, (...) Supongo que es un proceso para ir preparándote y cuando nazca, tú ya no estarás (ríe) será sólo niña”* (Marina). Este ocupar el segundo lugar en favor y al servicio de las criaturas era previsto por muchas mujeres del estudio y dos plantearon claramente su resistencia: *“Soy yo y después la criatura. Soy yo que la llevo dentro, que será algo ¿no? que será ella, pero ahora en éste momento, siento que primero soy yo que no el bebé. Hasta que no nazca, primero eres tú”* (Anabel). Alicia por su parte expresó la contradicción que le suponían estos sentimientos reflexionando después que el feto es un ser humano y *“¿quién te dice a ti que en ese momento el crío no esté sintiendo miedo?”*

También se estableció una contradicción entre los sentimientos de aprobación, bienestar o ilusión, y aquellos de cansancio y malestar desde los que se evocaron alusiones negativas, sobre todo en aquellas mujeres que presentaron las alteraciones físicas más habituales. Lo uno no quita lo otro; se desea el/a hijo/a, pero en menor medida la implicación tan comprometida del cuerpo y pocas mujeres se mostraron satisfechas en todo momento. Hemos observado que unas aceptan los cambios físicos inherentes a la maternidad, otras los padecen y otras los disfrutan y reivindican. Estas tres posibilidades no son puras y pueden darse en la misma mujer en diferentes tiempos.

La maternidad durante la gestación como el estado ideal que se transmite en los medios de comunicación y publicaciones al respecto, se pone en cuestión: *“Eso que dicen que el embarazo es precioso y no sé qué... no te lo creas”* (Alicia). Y no fue experimentada igualmente por todas las mujeres, es más, muchas manifestaron no

²⁵⁴ En el análisis de este hecho pueden sernos útiles las teorías de Bourdieu sobre los valores sociales en la pareja. Siendo la crianza un trabajo femenino y por ello menos valorado socialmente, son ellas mismas quienes prefieren realizarlo puesto que si lo realiza él *“se sentiría disminuida con un hombre disminuido”* (2000:52) y porque *“Las mujeres tienen en cuenta la imagen que el conjunto de los hombres y de las mujeres se harán inevitablemente aplicando los esquemas de percepción y de valoración universalmente compartidos”* (ibídem:52). Aunque consideramos que ya se están introduciendo modificaciones en estas cuestiones.

sentir lo que esperaban y definieron el embarazo como un “rollo” o una situación poco agradable²⁵⁵. Algunas se sintieron decepcionadas y confusas al comprobarlo:

“Tenía que estar contenta y feliz porque voy a tener un hijo ¿no? Pues no, estoy como... ¡yo qué sé! Como insípida. Alguna mujer será muy feliz en el embarazo y... No, no es tan así desde mi punto de vista. Mitifican mucho el embarazo” (Cristina).

Esta mujer se quejó de que nadie le hubiera dicho nada sobre esto antes, pero que cuando lo comentó con otras mujeres/amigas que ya habían tenido hijos/as, también lo confirmaban. O sea, todas reconocen que el embarazo puede no ser una situación grata, pero nadie lo advierte a las mujeres en general, ni a las embarazadas²⁵⁶. Parece existir un consenso social dirigido a mantener las definiciones dominantes hasta cuando no coinciden con la realidad, y aunque planteen contradicciones. Hemos observado que si alguna mujer se atreve a exponer los aspectos negativos del embarazo o la maternidad, es vista con desconfianza o puede ser rechazada por las otras.

Un lugar semejante a este ideal de la felicidad materna lo ocuparon las ideas sobre el “instinto”. Las mujeres cambiaron hábitos para garantizar la formación y bienestar fetal, prácticas que algunas identificaron como *“tú ya tienes el instinto de protección. En el momento que sabes que estás embarazada, le estás protegiendo”* (Cristina). Pero en general, tuvieron más tendencia a expresar que modificar o mejorar los hábitos de vida *“es lo que hay que hacer”* o *“lo que toca”*. Esto es, se vivió como una obligación o comportamiento consecuente con su elección del embarazo -*“aquello que debe hacer toda madre”*-. El supuesto “instinto” para algunas fue algo que situaron dentro del cuerpo y esperaban que surgiera en respuesta al contacto con el bebé tras su nacimiento: *“Yo no tengo instinto de maternidad ni cosas raras de esas, ¡pues ya me saldrá! ¿no?”* (Laura). Montse tampoco lo sintió: *“El instinto maternal yo no le encuentro por ningún sitio; yo no tengo instinto maternal”*. En nuestra investigación, “tener o no instinto maternal” según la percepción de las propias mujeres, no estuvo relacionado con el deseo del/a hijo/a o planificación del embarazo, como tampoco con la edad, el nivel de formación ni clase social de estas, sino más bien con formas individuales y variadas de afrontar, valorar o entender el orden social en general.

²⁵⁵ Esto no entra en contradicción con que estén contentas de estar embarazadas.

²⁵⁶ Esta misma práctica la veremos en el puerperio en el que las mujeres no comunican sus malestares a otras para “no asustarlas”.

Si “instinto” fue para ellas cuidar y proteger el producto del embarazo, podemos afirmar, que a parte de lo que las mujeres hagan definiéndolo como tal, la presión social, médica y legal vela para que así sea. Este control sobre las embarazadas hace dudar de la característica natural del instinto, como ya demostró Badinter (1991), que se presenta más bien como una construcción ideológica necesaria para proteger la gestación, incorporándose como intrínseca a las mujeres para hacer así el embarazo más llevadero y puesto que la sociedad necesita de la reproducción biológica.

Otra lectura del instinto es la necesidad e ilusión que manifiestan algunos hombres por tener un/a hijo/a. Nos preguntamos: ¿Es instinto paternal? En el análisis de la diferencia de nominación o valor social que se da al deseo del/la hijo/a si proviene de mujeres o de hombres, así como los roles desiguales de cuidados que de ellos/as se esperan, nos permite entender el instinto como construcción cultural. Si el hombre tiene ilusión por el/la hijo/a, simplemente se considera eso, deseo e ilusión; pero si ese deseo es manifestado por la mujer, será considerado que es el instinto quien induce a la maternidad: que lo siente y desea porque es su naturaleza, lógica respuesta a su biología. En realidad, los embarazos hoy son mayoritariamente consecuencia de un cálculo programado y a muchas mujeres no les causa problemas no sentir el instinto, aunque otras preferirían tenerlo por considerarlo un apoyo ante las dudas o contradicciones (Albi, 2006).

Finalmente, los códigos culturales de la maternidad suponen “natural” el “amor” materno a la criatura. Durante el embarazo las mujeres mostraron ilusión, deseo, “querer” proyectado en quien será su hijo/a, pero no llegaron a expresar la palabra “amor”, aunque tampoco la cuestionaron. *“Hasta que no la vea... no la puedo querer”* comentó Cristina y esta opinión fue compartida por otras. El amor que socialmente se supone, se manifiesta a través de los cuidados que las gestantes se proporcionan dirigidos a asegurar el bienestar y mantenimiento del feto. Así, cuando una mujer no realiza aquello que se define “bueno” según lo estipulado social y médicamente, puede ver puesto en cuestión su amor materno, representación que es utilizada para controlar su comportamiento. Esto lo hemos observado en las consultas cuando la matrona dice: *“¡así quieres a tu hijo!”*, ante una transgresión, por pequeña que sea. También es una experiencia habitual que relataron las mujeres al comunicar que planifican realizar el parto en su casa. Poner en duda el “natural” amor materno es una poderosa arma que impacta en las gestantes porque las puede posicionar en “madres desnaturalizadas”. Esta arma es utilizada tanto por expertos/as como por profanos.

Mujeres y hombres se preparan para recibir a su hijo/a y, sobre todo en los primeros meses, aceptan los roles socialmente pautados.

6.3. ¡Al fin madre!

Partimos como dijimos, que el ideal de la maternidad es una construcción cultural enmarcada en las relaciones de género desde las que se distribuye de forma diferenciada las tareas y responsabilidades de mujeres y hombres en el cuidado de las criaturas. Para las madres esta atención que se presenta naturalizada, conlleva una importante carga emocional y afectiva además de un elevado contenido moral por el que se establece socialmente la obligación del cuidado. La dedicación a las criaturas es un trabajo que transcurre en el ámbito privado del hogar y que hoy necesita de la dedicación intensiva de las mujeres de forma que quedan excluidas de actividades *“que promueven la autonomía personal, el protagonismo, la equipotencia y la posibilidad de una vida propia, no concebida en función de los otros”* (Díez, 2000:158), y esto es vivido como un hándicap por algunas.

Una de las tareas en el cuidado que más dedicación exige y que se ha impuesto en los últimos años, es que deben alimentar a las criaturas con su propia leche y “a demanda”, esto es, en el momento y durante todo el tiempo que la criatura lo disponga. En Tarragona está organizada toda una red de promoción y apoyo a la lactancia materna a través de las instituciones y grupos de mujeres que ofrecen a otras su experiencia. Aunque se considera una respuesta biológica “instintiva” y natural, el modelado cultural se hace evidente:

“La mujer está sometida a la cultura consumista y del biberón... y como no la apoyes... la deja. Es que ¡es muy difícil persistir en la lactancia materna! Porque la sociedad no te ayuda, te produce mucha desconfianza, te da inseguridad. Entonces, nuestra misión... las matronas, es apoyar al máximo la lactancia para el bien de la madre y el niño” (Mt.2).

La matrona pide a las mujeres que no se dejen llevar por el consumismo - respecto a la leche de fórmula- al que se considera negativo, frente a lo natural de la lactancia materna que se presenta positiva, olvidando que aquello de lo que se alimenta la madre también formará parte de los componentes de la leche. En los discursos actuales de la lactancia materna todo son beneficios, los primeros para las criaturas:

“¿Tú sabes el bien que le hace? ¿Las enfermedades que le puedes evitar de mayor?... y el cociente intelectual dicen... yo lo he oído que hay algún estudio.

Se estimula la comunicación con el crío, le pasas alimento emocional, afectivo y eso no le pasas con la leche artificial. El contacto físico y visual con el bebé eso no se puede comparar con el biberón” (Mt.2).

Y los beneficios son tales que algunas mujeres los viven como obligación: *“Si no quiero dar el pecho, nadie me puede decir que le dé por muy bueno que sea ¿no?”* (Nuria). *“No sé si me dirán algo en el hospital ¿Puedo hacer lo que yo quiera?”* (Alicia), y calculan los resultados de no seguir con lo pautado: *“Claro, la gente dice que es lo mejor... y si no le doy y el niño coge un resfriado será culpa mía”* (Alicia). Mientras que otras incluso han visto cuestionada su calidad de madre por este motivo. Nos encontramos, como apuntó Esteban (2000), que en esta promoción de la lactancia materna se ha olvidado que dar de mamar *“es un derecho, no una obligación para las mujeres, de manera similar que otros aspectos del cuerpo y de la salud y que exige un esfuerzo y un gasto de energía para las que lo practican”* (Ibídem:220).

De los beneficios para las mujeres se resalta la rápida recuperación en el puerperio inmediato -aunque ahora esté ya sustituido con la medicación-, y más tarde con *“una regeneración que hace tu cuerpo. Regeneras toda la sangre, dicen”*, apunta Nuria; y para Dolors es un estimulante porque *“los michelines se te van con la lactancia”*, opinión esta última muy cotizada. Pero las mujeres calculan ganancias y pérdidas y se lo cuestionan. Sólo una de ellas manifestó desde el principio su intención de alimentar con biberón, *“porque creo que ata mucho el pecho y yo quiero continuar trabajando enseguida”* (Mónica). Otras, de entrada, proponen que *“lo probarán”* pero, si hay que estar *“padeciendo”*, es un trauma, o *“si tiene que ser sacrificado... me encaminaré al biberón y punto”* (Roser). El resto, unido a la tendencia de aquellas que eligieron parto “natural”, tiene claro que darán el pecho aunque para ello tengan que esforzarse. Las parejas respetan las decisiones de las mujeres pero algunos presionan:

*“Ramón: Ella le dará, al menos lo probará... Yo no la doy ningún consejo, pero dicen que es mejor... mi cuñada lleva nueve meses.
Nuria: ¿Y si le doy un mes? Dicen que después del parto te recuperas mejor”.*

Y la pareja de Alba utiliza afirmaciones positivas que ella elude con justificaciones en las que se capta su resistencia. Contrariamente, algunas abuelas les aconsejan no dar lactancia materna mientras que sus hijas a veces coinciden y a veces no, cosa que puede ser consecuencia de que *“la anterior generación a la nuestra ha habido una cultura del biberón”* (Mt.2); como comenta Anabel ante la insistencia de su suegra sobre la cantidad de leche: *“Si no es porque tenía claro que la*

quería dar el pecho... y si en vez de mi suegra hubiera sido mi madre... ya lo había dejado”.

En general las mujeres han interiorizado y aceptan, por la presión de esa naturalización (Moore,1996:39), los códigos sociales de la definición maternal. La imagen de la “buena madre” que amamanta a su criatura surge en sus relatos y, aunque a la vez algunas lo cuestionen o pongan resistencia, se preparan para recibir a su hijo/a de cuyos cuidados también se saben las principales responsables. Aún así, proyectan recuperar espacios personales: *“Mi vida normal es también importante y no solamente hay crío”* (Laura), como también planifican compartir el ejercicio de la maternidad y la alimentación, como veremos posteriormente.

El modelo ideal de maternidad feliz les puede suponer un vacío y contradicciones importantes cuando estos supuestos teóricos no coinciden con la realidad de sus experiencias. Así, en el ejercicio práctico de la maternidad veremos que se presentan una amplia gama de formas diferenciadas de llevarla a cabo que las mujeres han ido construyendo, para dar respuesta a esta responsabilidad social de la que se les ha hecho portadoras. Los discursos de la maternidad ideal están tejidos en el entramado social, desde donde se presentan como modelo, pero en la práctica, se adaptarán a las situaciones individuales y concretas de cada mujer y familia por lo que, más que hablar de maternidad como única forma de representación posible, debiéramos referirnos a maternidades (Juan, 1991).

6.4. La iniciación de los cuidados maternos: puerperio hospitalario

Tras el nacimiento tanto en casa como en algunos hospitales, se deja a la criatura sobre el pecho de la madre y esto responde a la intención de fomentar en ella el apego o vínculo de forma que se sienta posteriormente más predispuesta para su cuidado y alimentación²⁵⁷. En estas primeras horas el/la recién nacido/a está alerta, abre los ojos y parece interesarse por lo que le rodea, especialmente lo más próximo como la cara de su madre/padre o personas que se sitúen cerca. La mirada es una poderosa forma de comunicación y se espera que a través de ella se establezca el vínculo que genere naturalmente en las mujeres el amor y ese *“instinto natural”* de cuidado y protección. Es por esto que hoy la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas

²⁵⁷ Eyer (1992), critica estas afirmaciones por no estar demostradas y las define *“de conveniencia profesional”* de la medicina, *“con el fin de promover necesidades de mercado, -y- favorecer el propio status”* (ibidem:172).

para la Infancia recomiendan no separar a las criaturas de sus madres ya que, en este primer encuentro además de establecerse el apego, debe comenzar la lactancia precoz²⁵⁸, como garantía que asegure su posterior prolongación. Ambos organismos se han unido para fomentar la práctica de la lactancia materna en los hospitales y, en este sentido, proponen una pauta de actuación y recomendaciones que se debieran llevar a cabo en las instituciones sanitarias²⁵⁹. Aquellos centros que cumplan recibirán una placa de reconocimiento como “Hospital Amigo de los Niños”, que además del prestigio, refleja su participación y compromiso en el apoyo a la lactancia. Uno de los hospitales observados en nuestra investigación disfruta de esta nominación y el estímulo y fomento de grupos de lactancia que hay en Tarragona, responden a ello. Las formas en que a la práctica se llevan estas normas en cualquiera de los hospitales son muy variadas dependiendo de circunstancias que van, desde seguir separando a las mujeres de sus hijos/as a la manera tradicional, pasando por separarles el menos tiempo posible, hasta no separarles en ningún momento.

Las normas han sido impuestas y no consensuadas entre los/as profesionales, con lo que no todo el personal sanitario las comparten en la misma medida o ilusión. Así, es interesante observar la interacción entre profesionales y mujeres, indispensables protagonistas a quienes van dirigidos estos discursos, pero a las que no se les ha informado ni preguntado y hasta puede que no sientan las necesidades que para ellas han sido dictadas. Todas las mujeres del estudio, incluso aquellas a quienes se les realizaría una cesárea, manifestaron en las entrevistas su deseo de permanecer con su bebé un rato, por poco que fuera²⁶⁰. Pero esto no depende de sus necesidades sino de la tendencia del hospital y de los/as profesionales, con lo que unas lo consiguieron y otras no²⁶¹.

Por otro lado, estas normas al servicio de las mujeres se convierten a veces en acciones obligatorias para ellas. Por ejemplo, hemos observado a alguna mujer

²⁵⁸ El PAPP (2003:127) se hace eco de todas las recomendaciones de estos organismos, esto es, no sólo es una ideología o tendencia sino que se ha convertido en obligación.

²⁵⁹ Como ya se apuntó al inicio de este capítulo, se denomina *Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños* (www.ihan.org.es) y propone diez pasos totalmente dirigidos a fomentar la lactancia de tal manera que, lo que hace unos años era reivindicado como un derecho por algunas mujeres, hoy aparece como una obligación para todas y, según se desprende de estos diez pasos, parece que las madres serán seguidas, supervisadas y controladas.

²⁶⁰ Esta necesidad puede ser consecuencia de la interiorización de los discursos que promueven la vinculación madre/hijo que ya investigó Eyer (1995:12).

²⁶¹ Hemos tenido la percepción de que la presencia de la investigadora ha influido en que no se diera un mayor número de separaciones y porque lo “correcto” hoy es no separarlos.

cansada del parto, a la que los/as profesionales apenas se han dirigido y que no se espera que participe, de repente se ve con una criatura impregnada de sangre en el regazo, a la vez que es exhortada por los/as presentes a que la toque, la acaricie, la mire o la ponga en el pecho. En la posición en la que se encuentra difícilmente puede llevar a cabo estas tareas, además de que tiene en un brazo el gotero y en el otro el tensiómetro que se activa automáticamente inmovilizándolo. El padre, si todavía no se le ha indicado salir, permanece estático a su cabecera de la que muchos no se atreven a moverse, ni siquiera para tocar al bebé. Mientras, el/la oficiante ha comenzado las intervenciones para sacar la placenta, presiona el fondo del útero arrancando la atención por el dolor y la queja de la mujer. La madre intenta mirar a su criatura; la emoción, el resultado del esfuerzo del parto o quizás el reajuste hormonal la hacen temblar en la apariencia externa de tener frío²⁶², con lo que resulta imposible centrarse en el bebé. Hace un esfuerzo levantando la cabeza para mirarlo, pero el bebé no abre los ojos, la intensa luz de la sala de partos similar a un quirófano se lo impide. El/la oficiante sigue con sus funciones, sutura la episiotomía que, si la anestesia es suficiente, la mujer puede no enterarse pero, como hemos visto, esto no es la norma. Además de temblar se queja y se mueve sintiendo que la criatura está insegura en sus brazos, algunas piden *“cógela que se me cae”*. Son demasiados impedimentos para poder prestar atención al bebé²⁶³. Algunas voces se levantan para afirmar que “ningún hospital puede ser amigo del niño si no es a la vez amigo de la madre que le da a luz” (Fernández Guillén, 2004: 53).

La mujer es trasladada a la habitación y una vez allí durante los dos días de hospitalización debe ocuparse de dos frentes. El primero, al que se da más importancia, es la alimentación del bebé que si ha decidido lactancia materna le supondrá todo un aprendizaje que a algunas les exige un gran esfuerzo, paciencia, confianza y no en pocas ocasiones, lesiones en los pechos. El segundo, corresponde a la recuperación física de la madre, que puede repercutir en el primero por las limitaciones que le suponen el dolor de la cicatrización de la episiotomía. A esta recuperación los/as profesionales no le suelen dar demasiada importancia porque para ellos/as no representa problemas médicos significativos. Hematomas, infecciones de orina o hemorroides son algunos con los que ya se cuenta. Su tratamiento tiene fácil

²⁶² Este temblor se considera fisiológico, no se da en todas las mujeres y todavía no se conoce bien su etiología.

²⁶³ Esta es una observación a la que para ser representativa se le pueden quitar algunos condicionantes expuestos, pero también sin temor a excederse, añadir otros.

solución a través de antibióticos o pomadas, pero para las mujeres supone molestias y dificultades añadidas que se suman a las ya habituales del puerperio haciendo su recuperación física más lenta y compleja.

En los hospitales, sobre todo en los que son *“amigos de los niños”*, se capta que hay un código ideal de comportamiento materno relacionado con las manifestaciones de interés y muestras de amor de la madre a su hijo/a que como consecuencia, le alimentará al pecho. La lactancia materna se presenta para muchos/as profesionales como una doctrina y las mujeres se sienten presionadas, como afirma Nuria: *“Si en el hospital dices que quieres dar el biberón, te tratan como una mala madre porque no le das el pecho”*; aunque teóricamente se deben respetar las decisiones de las madres. Puede ser por esta percepción que trece de las catorce mujeres que tuvieron sus criaturas en el hospital²⁶⁴ comenzaron por dar lactancia materna, aunque poco a poco algunas fueron abandonando. Las circunstancias que se dieron fueron variadas; Cristina decidió dejarlo mientras permanecía en el hospital:

“Yo le dí el pecho, pero no salía nada, entonces se agarraba y se ponía furiosa porque no le salía nada y tenía hambre, y entonces les dije: Dadle un biberón a la niña que tiene hambre. ‘Chata, es que si le doy un biberón no se te agarrará al pecho’ y le dije: pues mira, eso será mi problema. No le daré pecho, le daré biberón. Ya lo he pensado. ¡La niña va a ser de biberón!”

Julio y Alba mientras estuvieron en el hospital se interesaron por la lactancia materna pero se encontraron con lo siguiente:

*“Julio: A Alba no le subía la leche y el niño se ponía histérico, entonces se lo llevaban cinco minutos y lo traían bendito.
Alba: Yo digo, es que lo deben bañar... se ha tranquilizado.
Julio: Y nos preguntábamos cuál era el truco y el truco era el biberón. Dicen ‘porque de vez en cuando le deis un biberón...”*

Las teorías de la lactancia también presentan contradicciones entre los/as profesionales, como informó Roser: *“Nos llamó mucho la atención la diversidad de opiniones entre ellas ¡deben tener cada pique! con lo de lactar o no lactar...”*. Señala que fueron las más jóvenes las partidarias teóricas de la lactancia materna. A su hijo también le dieron un biberón sin consultárselo y durmió toda la noche. A la noche siguiente fueron ellos quienes lo pidieron y se encontraron con una profesional pro-lactancia:

²⁶⁴ Aquí contamos con Ángels y Marina que también tuvieron a sus hijas en el hospital.

“Roser: A mí me fastidió por la noche mucho eso de: ‘Ahora voy a mirar’ ¿Ahora voy a mirar qué? Si te hemos pedido un biberón nos lo has de dar... ¿Quién es el dueño del niño? ¿Nosotros o tú? Eso me fastidió porque estaba llorando, pesado y digo ¡Cómo no nos lo hagan! ¿Qué haces? Jesús: Estás en un hospital, estás en sus manos”

El personal sanitario tiene el poder y algunos/as se muestran guardianes/as celosos/as del cumplimiento de las normas y, aunque finalmente les dieron el biberón, Roser espontáneamente expresó: *“¡Qué malos padres somos!”*, lo que refleja su interiorización de los códigos de la maternidad actuales, desde los que su decisión no fue la adecuada para la criatura aunque su pareja no lo vivió así:

“Jesús: La verdad es que ¡yo lo agradecí mucho! Esos dos biberones chiquitines... para calmarle a él y calmarnos nosotros fueron de maravilla. Y al día siguiente le vino la leche y ya pudo. O sea, no es que sea incompatible, yo creo que es una cosa complementaria. Tampoco hace falta tanta historia que si le das o no le das. Roser: Y ¡tanto sacrificio!”

En el poco tiempo que las mujeres permanecen en el hospital intentan captar aquellos/as profesionales aliados/as que les den apoyo. Por ejemplo, a Dolors le dolía el pecho; ya le habían advertido que el bebé *“a veces te utilizará de chupete”*. Ella llevaba un chupete en la bolsa pero no se atrevía a sacarlo porque sabe que no se recomienda²⁶⁵: *“Dicen el chupete no le des y tal, y la gente parece que se lo da de estrangis ¿no? Cuando salgas del hospital se lo enchufas (como compartiendo un secreto)”*. Una enfermera le dijo: *“Esos que te dicen que no le des chupete, que no la cojas en brazos... no tienen hijos. Digo ¿puedo darle el chupete aquí en el hospital? ¡Claro que sí!. Pues saca el chupete ahora mismo para que no destroces la teta a tu madre”*. En estas relaciones se sigue dando el poder del/a profesional, sea el que fuere. Aunque las mujeres no están enfermas y son conscientes y responsables de sus criaturas, no se considera su voluntad ni criterio para tomar decisiones mientras permanezcan en el hospital si no es contrastando con la voluntad del personal sanitario.

En los hospitales privados a los que acudieron tres mujeres, no tuvieron aparentemente presión. Dos porque querían dar pecho y lo pudieron llevar a cabo sin problemas con lo cual, no necesitaron de apoyo profesional y Mónica porque en el Hospital de Barcelona al que acudió, tal y como ella nos cuenta, hacen lo que la madre dice:

²⁶⁵ Ni por la OMS ni en el PAPP (2003).

“Ellas venían a darle el biberón cada tres horas si yo quería... que prácticamente no le di... Me parece que le di uno o dos porque pensé ¡ya tendré tiempo, que se lo den otras! Y luego a la una se lo llevaban hasta las seis o las nueve de la mañana. Yo por lo menos, estaba un poquito más descansada” (Mónica).

También, la lactancia materna se toma como modelo de un ideal de madre en aquellas que tiene a sus hijos fuera de los hospitales. La intención manifiesta de dar el pecho es condición indispensable para ser acompañadas y asistidas en sus partos por los/as profesionales, lo contrario, generaría desconfianza o su negación. Se entiende que algunos de los objetivos del nacimiento en casa son en beneficio de las criaturas con lo que la lactancia materna se considera el enfoque coherente paralelo a este interés. En general, dar el pecho es reivindicado por las propias madres en el que ponen todo su empeño y voluntad. La madre ideal además, insistirá en conseguir esta finalidad que proyectará por lo menos hasta el primer año de vida de la criatura.

Continuando con el puerperio hospitalario, a los cuidados físicos personales les corresponde el control médico en la visita diaria. En los centros de la Seguridad Social que hemos observado, la visita es un ritual con pocas incidencias lo que la convierte en rutina. Hemos percibido que si quien la realiza es una médica, parece darse un mayor acercamiento e interés hacia las mujeres respecto a si pasa visita un médico. Esto puede ser debido a que las médicas son más jóvenes, sin embargo, los médicos, cuando se trata de centros privados, dedican más tiempo a dar explicaciones o clarificar todas las dudas que las mujeres presentan. Esto, como vimos más arriba, puede responder al mutuo conocimiento y familiaridad que se ha establecido entre el médico y la mujer a lo largo del embarazo, pero también por diferentes circunstancias²⁶⁶ como el interés en asegurar o aumentar la clientela. Es una visita aparentemente más personalizada, aunque las características de la relación médico/paciente se conservan en ambas. Las prácticas también son las mismas. El último día, antes del alta está protocolizado (PAPP, 2003:60) que se realice una exploración que consiste en un tacto vaginal para comprobar la evolución de la cicatrización, práctica que no se justifica considerando que solamente han transcurrido dos días desde el parto. En nuestra opinión, tiene más un carácter ritual por el que la

²⁶⁶ Estas circunstancias se pueden dar cuando la mujer va a un hospital privado sólo para el parto o que, en un hospital privado, un único médico pasa visita a todas las mujeres aunque no las conozca con anterioridad.

mujer debe pasar que una finalidad diagnóstica²⁶⁷. “Entrar” en los espacios más privados del cuerpo sin la necesidad del consentimiento expreso de su dueña, puede ser una prolongación de la concepción de la “mujer/objeto” que todavía perdura tras el parto y mientras permanezca en el hospital, pero también, simboliza un acto de poder y sometimiento. Las mujeres que tienen sus partos fuera de los hospitales no pasan por esta exploración porque, de haber sido necesaria la sutura, se considera que la herida es demasiado reciente para su cicatrización.

6.5. En primera línea: la práctica de la maternidad

El cómo cuidar al bebé necesita días de prácticas, de frustraciones, de nuevos intentos, de aciertos y satisfacciones, hasta que progresivamente la madre y el padre “aprenden” acerca del “funcionamiento” entendido como las características individuales de las criaturas por las que se manifiestan y necesitan de atención. En nuestro grupo de estudio han sido básicamente las mujeres quienes han dedicado todo su tiempo a estos cuidados iniciales, reforzado en aquellas que dieron lactancia materna como también porque algunas parejas sólo tuvieron tres días de permiso laboral. No se trata pues de un conocimiento innato o predisposición natural, y este tiempo de reajuste sobre todo madre-hijo/a, raras veces se da en la primera semana. Generalmente es hacia la tercera que las mujeres comienzan a sentirse más seguras. Ellas aprenden progresivamente a cuidarlas como también a quererlas a través del contacto cotidiano.

La maternidad presenta aspectos positivos de los que disfrutar, pero también negativos. Ambos se van dando en el día a día y, dependiendo de las circunstancias el peso puede desequilibrarse. Frente a las maravillas de la maternidad a las que socialmente se les da mayor visibilidad, queremos analizar aquellas otras experiencias que las mujeres relatan de las dificultades de las primeras semanas en las que se encuentran entre su cuerpo o “dentro” y el bebé o “fuera”. Las señales del cuerpo le indican la necesidad de recuperación tras el parto y también, el cansancio y sueño consecuencia de su continua disponibilidad a la criatura. La maternidad intensiva (Hays, 1998) es la práctica habitual e ideal dentro de estos dos primeros meses en los que realizamos el estudio y, ese estar “fuera” dispuesta a responder en todo momento a las necesidades del bebé, es una exigencia agotadora además de un trabajo poco

²⁶⁷ También se dice es para asegurarse que no se haya quedado olvidada alguna gasa que se introdujo para facilitar la sutura.

gratificante para muchas. Mujeres y parejas afrontan y se adaptan a esta experiencia de múltiples formas que pasamos a analizar.

6.5.1. Madre dolorosa

Habitualmente, tras una intervención se aconseja un periodo de convalecencia en el que guardar reposo para recuperarse. Las mujeres que realizan los partos en los hospitales son, en la mayoría de las ocasiones²⁶⁸, objeto de intervenciones quirúrgicas que van desde la episiotomía a la cesárea, catalogada esta última como una *“intervención abdominal mayor”*. Con todo, se espera que las mujeres respondan desde el primer día a las demandas de los/as bebés, aunque el dolor de la intervención reciente les suponga una dificultad para ello.

A cuatro de las mujeres se les practicó una cesárea y tras los días requeridos de hospitalización –cuatro o cinco- la solución que dieron fue la de contar con una persona de apoyo que se encargara de todas las tareas de la casa y les ayudaran y acompañaran en los cuidados al bebé: *“Te tira la cicatriz y te cuesta mover como antes”* (Cristina). *“Es como si te quemara... iba un poco encorvada, cada vez que intentaba ponerme de pie... ¡buf!”* (Alicia). Anabel contó con su madre, Cristina y Marina con el apoyo de su pareja y Mónica se trasladó a casa de su madre porque, afirma, es lo que también hizo su hermana. Las redes de apoyo que hemos encontrado en todas las mujeres se centran en el grupo familiar y casi siempre recaerán en la madre de la mujer. Esta figura, cuando se ha sustituido, ha sido por la implicación y compromiso “libremente”²⁶⁹ asumido de la pareja.

Respecto al dolor en la recuperación del cuerpo hemos observado que se acepta aquel que es consecuencia de una cesárea, pero no tanto el causado por la episiotomía; esto es, a las mujeres que se les realizó esta incisión manifiestan proporcionalmente más quejas y limitaciones que aquellas a las que les fue practicada una cesárea.

“Creo que estoy bien y no lo estoy, porque aún no me veo, porque es que me empieza a tirar todo lo de aquí abajo... ¡buf! Incluso un poco por detrás... toda

²⁶⁸ Recuérdese que Anna y Ángels, aunque fueron al hospital, planificaron un parto sin intervención médica y por lo tanto, no se les realizó episiotomía.

²⁶⁹ El entrecomillado corresponde a que, hemos observado la elección libre, pero también la presión reivindicativa que hicieron algunas mujeres para que la pareja asumiera la parte que consideraban de su responsabilidad, recordándole sus tareas.

la zona esa... y te da rabia. Supongo que día a día estaré un poco mejor”
(Roser, dos semanas postparto)

“Hablas con amigas y dicen: dos semanas. Yo estoy en la tercera y lo veo para largo... largo, largo con lo puntos... Me duelen ¡hombre! No me hacen el dolor que me hacían antes que no podía levantarme, se me enganchaba la compresa con los hilos... Todavía al sentarme lo tengo que hacer despacito y me noto un bulto aquí” (Montse)

Paula tuvo una infección de orina además de una dehiscencia²⁷⁰ que la mantuvo en reposo cerca de un mes y Dolores define que se sintió como *“lisiada”*. Todas las mujeres durante diferente periodo de tiempo manifestaron el dolor e inconvenientes que les supuso esta intervención pero, curiosamente, esto no interesa ni es considerado por los servicios médicos; es más, fuimos testigos de una dehiscencia necrosada a la que el personal sanitario no prestó gran atención por los cuidados y evolución si no fuera por la insistencia de la mujer, aunque finalmente tuvo que hacerse cargo la madre de ella. Esta y otras situaciones del puerperio ponen en evidencia que los cuidados que se dan a las mujeres están dirigidos a conseguir un bien social: la criatura. Logrado el objetivo, se abandona todo interés médico por ellas, algo que recuerda la desvalorización social general de las mujeres en nuestra cultura²⁷¹.

La realización de la episiotomía junto con el desinterés por los resultados de su cicatrización y por las repercusiones que el dolor causa en las mujeres, apoya la idea de que estas están expuestas a la violencia institucional tanto física como simbólica. Física porque está demostrada desde la evidencia científica la ineficacia de la episiotomía en la mayoría de los partos, aunque se sigue realizando sistemáticamente. Simbólica porque en la falta de interés a los problemas posteriores, se sigue manteniendo la tradicional representación de la maternidad como sacrificio o sufrimiento que se da como un precio a pagar por la naturaleza sexual de su génesis que recae sobre las mujeres. Si los discursos médicos que justifican su práctica están rebatidos ¿en qué otras alegaciones se sigue apoyando su persistente práctica en nuestro territorio?²⁷²

²⁷⁰ Consiste en la separación de las paredes de la episiotomía de forma que la herida queda abierta en toda su profundidad.

²⁷¹ En otros países de Europa las políticas sanitarias contemplan que las mujeres sean visitadas por las comadronas a lo largo de cuatro semanas. En Holanda, el Estado subvenciona una persona de apoyo a la nueva madre tanto en la lactancia como en las tareas de la casa.

²⁷² En otros países de Europa ya se ha eliminado su práctica sistemática.

Otros dolores que les pueden aquejar provienen de la lactancia cuya práctica requiere del aprendizaje. La repetida presión de la boca de la criatura sobre el pezón, facilita su irritación formándose pequeñas heridas que pueden llegar a agrietarlo, lo que supone un intenso dolor para la mujer:

“Aquí tengo una grieta encima del pezón... todo el pezón es una herida, mira... y ahora no se ve mal, pero cuando chupa... me lo deja... salido hacia fuera, toda la herida roja... Yo cada vez que tengo que ponerle en este pecho, rezo... Si me toca éste (el sano) digo bueno, si llora, pues me la enchufa, pero si le toca este... digo hasta que no hagan las tres horas aquí nadie se enchufa... porque es que... me duele, me duele, me muero de dolor” (Paula).

La teoría es que, colocando a la criatura de una determinada manera, no deben formarse grietas y se culpabiliza a las madres en caso de su aparición: *“Digo: tengo los pechos que me duelen un montón, ¡Pues no te tienen que doler porque si te duelen es que se lo das mal! Y té pilla así, de imprevisto... ‘¡Porque eso no duele!’ Yo pensaba... pues sí que duele” (Dolors)*. Los dolores que pueden producirse como consecuencia de los problemas de la lactancia son muy variados y, aunque van siendo superados con el paso de los días, suponen un inconveniente que desanima a algunas mujeres a su continuidad.

El cansancio por la dedicación continua y la falta de sueño son otras de las características que acompañan a la maternidad: *“Ya me estoy acostumbrando, cada dos horas... los ojos como naranjas ya... voy como ella”*, afirma Nuria; Cristina asegura que el cambio es intenso ya que, además de sentirse mal por la cesárea, *“no me puedo meter en la ducha por si la niña llora, y llega la hora de comer y él tiene que hacerse algo porque yo paso de la cocina y así vamos aguantando. Se te hace duro porque dices ¡madre mía dónde me he metido!”*. Alicia también se quejaba de dolor: *“No podía con él, se me cargaba mucho ahí abajo, mucho dolor, como si tuviera la columna en un hilo”*; y Montse se siente emocionalmente enganchada: *“Estoy pendiente... no puedo desconectar; es que me agobio yo misma. ¡Ni durmiendo! Me despierto ¿Dónde está el niño? ¿Se me ha caído?”*. La responsabilidad constante es una carga que acusan todas las mujeres. Observamos que quienes tuvieron apoyo y ayuda en las tareas de la casa en las primeras semanas, se mostraron más tranquilas y satisfechas en las experiencias de sus nuevas funciones maternas.

6.5.2. Madre aprendiz

La práctica de la maternidad no es instintiva ni las mujeres tienen conocimientos ni habilidades “naturales” que les faciliten el cuidado de las criaturas. El aprendizaje, señala Comas d’Argemir (2000), es un componente básico de las tareas de cuidado en las que incluimos las maternales porque, continúa la autora *“no hay nada ‘natural’ que haga a las mujeres más capaces de cuidar (...) incluso el amor y los sentimientos, que parecen tan espontáneos e instintivos, se aprenden”* (Ibídem:190).

Ninguna de las mujeres del estudio expuso abiertamente esa ausencia del amor materno inicial. De entrada, se muestran contentas y satisfechas con el bebé y el amor va surgiendo con la relación y el contacto. *“Ahora la quiero más”* comentó Dolors después de una semana y Alicia: *“Yo le quiero a mi manera”*. Hablar del amor materno se hace más fácil después de unos días o semanas y, es que *“no hay ninguna esencia natural, innata, del ser madre, ni el apego filial es producto del parir”* (Osorio, 1999:68)²⁷³. Tampoco la presencia del/a hijo/a evocó la felicidad sistemática y duradera en todas las mujeres:

“No estoy maravillada todo el día y no me avergüenzo de decírtelo. No me siento efusiva ¡ay qué feliz! Feliz a mi manera, no se me llena la boca de felicidad, no, porque me está costando muchos dolores de espalda, mucho agobio, muchas noches... casi todas y estoy cansada. Que quieras que te diga, esto me cansa” (Alicia).

Clara afirma que están contentos, pero no habla de amor: *“Tienes ilusión pero hay momentos que ¡uf! No sé cómo se hace, no sé qué me pasa, no sé cómo lo voy a llevar... Por las noches mama muy seguido, se pasa horas, con pausas de diez minutos, no sé...”*. El aprendizaje inicial pasa por introducir cambios en los tiempos y ritmos para adaptarse a la criatura y con la inquietud que produce el desconocimiento de sus funciones vitales: *“No ha hecho caca ¿Cada cuántos días hacen? Tiene mocos; la calefacción le reseca”* (Nuria); *“si le damos el pecho hace pocos eructos. Claro, traga poco aire ¿no?”* (Roser); *“a veces se nos olvida ¿sabes? Lloro y la paseas, y sigue llorando y al cabo de media hora dices ¡igual tiene caca!”* (Paula). Las madres sobre todo, pero también los padres, aprenden progresivamente con la disponibilidad y dedicación a las exigencias del cuidado. El aprendizaje necesita tiempo; tiempo también para que afloren los sentimientos de amor, ternura o felicidad ante un ser inválido que las necesita para sobrevivir.

²⁷³ Estas afirmaciones han sido ratificadas a partir de estudios antropológicos en otras culturas.

Se establece una contradicción entre las teorías del supuesto saber innato de las mujeres y las continuas visitas que se les recomienda realizar al pediatra para garantizar el buen desarrollo de la criatura: *“Te dicen de ir la primera semana o quince días; luego el pediatra te hace volver al mes y cada mes una visita de control”* (Anna). También, se recomienda acudir a la enfermera pediátrica sistemáticamente las primeras semanas hasta asegurarse de que el bebé engorda lo previsto según el protocolo. En general, las mujeres cumplieron con las visitas aunque también expresan: *“Fuimos porque no hacía cacas y no nos solucionó nada”* (Cristina); *“nos dijo que no la dejáramos dormir tantas horas... o sea, que la diéramos el pecho a demanda, pero que no pasáramos de tres horas. Digo entonces ¿qué demanda es esa? La demanda del pediatra”* (Anna). A Laura también se le indicó que tenía que despertarle cada tres horas por la noche para mamar mientras que contrariamente, el pediatra de Nuria aconsejó no preocuparse por las horas: *“Que era normal; mientras duerma es porque la niña está satisfecha”*. A casi todas las mujeres, el contar con un/a profesional les dio seguridad, después, ellas y sus parejas decidieron seguir o no sus consejos.

A través de los/as pediatras se establece el control social sobre el ejercicio de la responsabilidad de las mujeres en el cuidado a sus criaturas en el ámbito privado del hogar. En esta dedicación, las madres también toman decisiones para solucionar los problemas que se les presentan, -lo compartan o no con los/as expertos-. Ante el estreñimiento Cristina explica:

“Yo le voy dando manzanilla, agua. Aunque ella (pediatra) me dijo que no le diera, yo también le doy zumo de naranja porque he leído en bastantes libros que... y se lo toma la mar de bien. Y si no hace, por la mañana un supositorio y por la noche también”.

Hemos observado que varias mujeres utilizan un preparado de farmacia para calmar el llanto e inducir el sueño. Alicia lo probó: *“Le di un sobrecito entero y como lo vi tan claro, le eché encima una tila y ¡durmió 6 horas! (ríe) Le di la infusión esa entera; ¡150!. Se la trincó y hasta las cinco de la mañana no se despertó”*. También es habitual que, en la lactancia de biberón, las mujeres tras un aprendizaje con el pediatra, cambien por su propia iniciativa de marca de leche: *“No me gustaba, la...Nutricia ¡qué asco! ¡qué peste! Quita, quita, la vuelvo a dar la que le daba, Almirón es muy suave”* (Alicia); o compran la leche que les recomendaron en la farmacia como Laura. Medicinas blandas como la homeopatía, la utilizan aquellas mujeres con tendencias

“naturistas”, pero esto ya en meses posteriores. Al permanecer todo el día con la criatura, son las madres quienes toman decisiones que pasan antes por el aprendizaje, bien a través de los/as pediatras, bien a través de los libros, pero más habitualmente por la información que reciben o demandan a la familia próxima, madres, hermanas o cuñadas, y que contrastan y comparten con otras mujeres en su misma situación. En general, asumen esta responsabilidad de cuidado con lo cual las parejas se sienten excluidas o se autoexcluyen de alguna manera:

“Yo a veces me siento mal porque no puedo hacer... Parece que yo no haya tenido el bebé... el bebé lo ha tenido Alba. Yo he estado, y es mi niño... pero la faena de cuidar al bebé durante el primer año... es de la madre. Yo puedo hacer dos cositas tontas, pero la madre... es quien toma las decisiones importantes. Ya lo tengo asumido” (Julio, pareja de Alba).

Paula puso especial interés en compartir. Las dificultades físicas que se le presentaron la mantuvieron en reposo: *“Yo ahora no hago nada, cambié un pañal ayer... yo creo que desde hace quince días que no... Él se encarga cuando llora... la caca, el pipí... yo me la enchufo al pecho, y del pecho a la cama... y nos vamos turnando”*. Algunas parejas alargaron sus días laborales de permiso y tres reservaron sus vacaciones para hacer juntos este aprendizaje, disfrutar y darse apoyo: *“He hecho varias prácticas con la niña y me siento un poco más seguro. Al principio la tenía en brazos y tenía miedo de que se me fuera la cabeza, pero ahora no, ya la baño... hago todo menos darle de mamar”* (Alvar, pareja de Anna). Ante la fragilidad de un/a recién nacido/a el miedo es una sensación frecuente. Miedo a que pase “algo” que se materializa en miedo a la muerte:

“Al principio te levantas cada dos por tres para ver si respira, porque no oyes nada ¿respira o no respira? No notaba nada, tenía que tocarle la mano hasta que ella se movía ¡Menos mal! Y luego te vas acostumbrando, ves que la niña, si hace ¡glac! no se ahoga ni la pasa nada, que la puedes dejar un rato” (Cristina)

Si el trabajo de la pareja lo permite, se intenta compartir la responsabilidad y algunas mujeres, coincidiendo con aquellas de mayor formación, -aunque no de forma sistemática- ponen más empeño en que los padres participen. No parece que el cuidado al bebé sea siempre un trabajo tan gratificante para cualquiera de los dos, como teóricamente se presenta desde el ideal maternal, y esto puede ser agravado ante un bebé de llanto fácil, *“porque no sabes lo que tiene”* (Alba) o porque *“por la noche es cuando más llora... y a veces, cuando llega él (padre) estoy de los nervios y él coge al niño... y lo cambia y lo pasea”* (Montse).

La dedicación intensiva de la madre durante estos primeros meses aparte de la colaboración de la pareja, tiene pocas alternativas y se hace rutinaria: *“La caca, la bañera... cada día igual; lunes, martes... y luego por la noche, el día que duerme bien, pero hoy, no hemos dormido”* (Alba). Mónica modificó esta dedicación, que algunas autoras califican de “alienante” (Mathieu, 1991:161). Regresó diariamente a casa de su madre para dejar un rato al bebé, volvió a trabajar antes del mes y contrató los servicios de una mujer que cuidara a la criatura. La liberación o alivio de las tareas maternas en el grupo de estudio pasó por compartirla con la pareja o por la disposición de autonomía económica para contratar a otra persona.

Hemos afirmado que el conocimiento progresivo conlleva a la adaptación madre-hijo/a y mejora la experiencia de las mujeres, aunque hay quien desde los primeros días aseguran: *“Es que no podemos decir mas que bien ¡que todo es genial!”* (Anna) opinión que comparten, cada una en su estilo, María, Anabel, Laura y Ángels, pero cuando realizamos las entrevistas vimos caras de cansancio y ojeras que delataban falta de sueño. Los servicios de cuidado a las criaturas es un trabajo productivo invisible, que se aprende con la práctica diaria que realizan las madres durante 24 horas, en ocasiones, apoyadas –que no sustituidas- por sus parejas.

6.5.3. Madre nutricia

Cuando hablamos de la madre nutricia nos referimos tanto a la mujer que alimenta –indistintamente sea a biberón o a pecho- como a su disposición para los cuidados y atención a las criaturas. En este sentido, todas las mujeres son madres nutricias por esa responsabilidad que cumplen, pero cada una a su manera. Los valores personales respecto a la maternidad pueden no correr paralelos a los dominantes o sencillamente, estos últimos no cumplen con las expectativas puestas por las mujeres.

Así, respecto a la alimentación, cuatro decidieron en las primeras semanas ir introduciendo la leche de fórmula. Dar de mamar necesita de un aprendizaje que van realizando con más o menos éxito, y casi todas con mucha dedicación, sueño y hasta como hemos visto dolor físico. Aunque el discurso inicial es la aceptación de la leche materna como mejor que la de fórmula, también ésta presentó beneficios: *“Es que del pecho no sabes lo que toma. El biberón tú sabes que le haces 40 y se toma 40 y te quedas tranquilo, pero del pecho no sabes. La comodidad de la leche de bote es*

increíble” (Julio); y también se pone en duda la calidad de la leche materna. Dos de las mujeres justificaban su elección del biberón en la que se traslucía una cierta resistencia, pero también culpabilidad. Alba, aceptando que la leche de la madre “podía” ser mejor, siempre mostraba alguna dificultad además de que pensaba volver al trabajo en cuanto pudiera. Esta necesidad de justificación refleja la presión a la que están sometidas las mujeres. Cristina lo vivió de otra manera:

“Se me llenó de leche, me dolía muchísimo, siempre estaba toda mojada... que yo no sabía eso. Cuando estás dando el pecho, sale del otro y el olor ese que me venía a agrio... todo el día cambiándome y dije: ¡esto es un asco! Es un rollo, yo lo vi... poco higiénico, que estaba siempre sucia y dije: ¡hasta aquí! No era eso lo que me esperaba, eso de ‘es muy bonito dar el pecho’, los lazos y no se que... Para mí, me creaba ansiedad y ahora con el biberón estoy segura. Creo mis lazos con ella con el biberón” (Cristina).

La campaña “pro-lactancia materna” se ha implantado con fuerza en nuestra ciudad y alrededores de manera que lo que hace unos años era una elección y hasta una reivindicación de algunas mujeres, ahora se ha convertido en una obligación por la que se mide la “calidad de madre”, puesto que *“dar de mamar está unido estrechamente a la demostración de afecto y ternura”* (Esteban, 2000:221). Además, aparece reforzado con la naturaleza: *“Os ha dotado de mamas -a las mujeres- para poder alimentar ‘correctamente’ a vuestros hijos”*²⁷⁴. Para algunas/os profesionales se ha convertido en dogma, sin dar cabida a otras alternativas: *“Lactancia exclusiva y a demanda durante por lo menos, los seis primeros meses de vida”* como así aconseja la OMS, pero algunas realidades hacen dudar:

“Es que se coge unas histerias cuando le pongo al pecho...se pone con los brazos así... con las piernas... lo coge, lo suelta... no hay manera. Me gustaría seguir dándole el pecho pero... no se si aguantaré o no aguantaré... que cuando se pasará esto. Estoy negra, a veces estoy de los nervios. No puedo dejarle llorar” (Montse).

El valor social del/a niño/a exige la dedicación total y abnegación materna, ocultando que la lactancia es un trabajo altruista de producción con una disponibilidad diaria infinita. Un trabajo agotador, como hemos visto, difícil de mantener si no es reforzando los valores sociales de la maternidad ideal, amorosa, y feliz que se vienen dando desde finales del siglo XVIII (Badinter, 1991). Este discurso se ha retomado en los últimos años *“una experiencia relajante y agradable”*²⁷⁵ y que pocas mujeres se

²⁷⁴ Extraído del folleto de información a las madres para la lactancia materna. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. El entrecomillado de “correctamente” es de las autoras para resaltar su carga simbólica.

²⁷⁵ Extraído del folleto informativo para la lactancia. Hospital Universitario de Tarragona.

atreven a contradecir *“mientras esté sobre sus cabezas la espada de la culpa”* (Esteban, 2000:221). Algunas se resignan abnegadas: *“Encuentro que si hay que hacerlo, pues se hace, tranquilamente, puesto que es lo que toca”*²⁷⁶; y otras no tanto:

“Llega un momento que estoy tan cansada que lloraría. Estás tan cansada que ya no eres tú. Yo no pensaba que dar el pecho fuera tan cansado, pensaba que era una cosa muy placida ¿no? Vaya chollo la mujer ahí, dando el pecho... Pero cansa, no sé, es algo que te va chupando” (Clara).

Hemos observado cómo algunas mujeres en su decisión de abandonar la lactancia, necesitan el recurso de la aprobación de los/as profesionales para aliviar o evitar la culpa, pero esto no siempre les funciona. En nuestro trabajo de campo vimos como una mujer exponía a la matrona todos sus dificultades por las que justificaba el abandono que todavía no se había producido. La profesional permanecía impasible dando solución a todos sus planteamientos y no captó la demanda de la mujer que se marchó llorando²⁷⁷. Detrás de estas políticas de promoción de la lactancia materna está, entre otras cosas, *“el protagonismo que quieren tener y están teniendo los pediatras –y otros/as profesionales- en la regulación de la vida de las criaturas y sus madres/padres”* (Esteban, 2000:221), así como de acentuar su poder (Eyer, 1995:23) y el control sobre la población: *“La definición médica habitual de la maternidad e infancia autoriza a los médicos a controlar cualquier aspecto de la vida familiar”* (Ibídem:23)

“Nos atendió todo el rato de espaldas, no nos miró a la cara. Al final preguntó ¿Dónde ha nacido? Y dije: en casa ¿Cómo en casa? (voz amenazante) ¿Pero esto es legal? ¿Hiciste el control del embarazo?. Preguntaba en tono despectivo. Era como que el hombre iba a fastidiar. Me dio rabia, a partir de saber que habíamos parido en casa sentí que nos cuestionaba todo” (María).

Tampoco en todos los grupos de apoyo a la lactancia son protagonistas las madres. En ellos siempre destaca la cabeza visible de un/a profesional, bien médico o paramédico, después, las mujeres experimentadas y en último lugar las nuevas madres. La imagen que nos trae y que responde a la realidad práctica de las mujeres es que, ellas hacen un trabajo invisible, monótono, privado, en casa, mientras que los/as profesionales hacen las veces de patrón o político que recoge el reconocimiento

²⁷⁶ Cita extraída de una conversación informal con una informante casual.

²⁷⁷ Esta es otra de las situaciones en las que, realizar la observación sin intervenir, resulta extremadamente difícil y hasta doloroso.

y prestigio²⁷⁸.

Lactancia materna sí; pero no en público. La lactancia confina a las mujeres durante días en sus casas. Primero fue aprender, superar las molestias, más tarde confiar en el conocimiento de la criatura y, pasadas dos/tres semanas, intentan salir a la calle pero: *“Bajo con el miedo, hay veces que duerme toda la tarde pero otras... Yo saldría más, pero me da miedo”* (Nuria), experiencia que algunas caracterizan de “vértigo”:

“Da pereza, es que todo es un montaje... eso de que tienes que volver a sacarte el pecho no sabes dónde... aquí (en casa) ya sabes que la cosa está estable... es el vértigo... cuando sales de casa con el nene es como un vértigo que tienes... que luego ya lo superas ¿no? No sabes dónde te encontrarás, no sabes qué hará...” (Informante casual)

La experiencia de Roser es un ejemplo de ello:

“Ayer salimos al Pryca ¡un momento entre toma y toma! ¡No llevaba nada de nada! Ni biberones y llevaba un vestido... O sea, no pensaba darle... y ya empezaba a llorar ¿sabes? Y pensaba ¡ahora no me voy a poner aquí!, es que no me pondría aquí en la cafetería del Pryca a sacar el pecho al menos que estuviera muy desesperado ¿no? ¡Pues no sé que haría! Me iría al lavabo” (Roser).

A algunas mujeres les resulta violento lactar en público y nos preguntamos si socialmente estamos preparados. Por ejemplo, en marzo de este año (2006) un policía recriminaba a una mujer que, sentada en un banco en una calle de Barcelona, daba de mamar²⁷⁹. En Avilés otra mujer fue expulsada del teatro por la misma práctica²⁸⁰. Nuria asegura: *“Yo no me pondré en medio de la calle a dar el pecho”* y Montse lo vive así:

“La gente te mira. De hecho, yo no he visto nunca dar de mamar en la calle, pero bueno, para mí es algo normal. A Albert no le hace mucha gracia tampoco; no se va con rodeos ¡Pues vamos más allá en un sitio más apartado! ¡Es que aquí en medio...! Nos apartamos un poco y ya está. A mí lo que me da miedo es que el hombre del bar me diga algo... que no es el sitio ¿no? Me da vergüenza que me dijeran algo”.

²⁷⁸ En nuestro contexto son tres pediatras –dos de ellos de Barcelona- quienes han promovido y siguen manteniendo a través de la formación de profesionales y grupos de mujeres, las políticas de la lactancia materna y el “hospital amigo de los niños” en Tarragona.

²⁷⁹ Fue una noticia que salió en algunos periódicos. Este hecho fue utilizado por los grupos de apoyo a la lactancia materna en sus reivindicaciones del 8 de marzo del mismo año.

²⁸⁰ Consultado en: <http://www.lne.es/secciones/noticia.jsp?pNumEjemplar=1370&pISección> el 22 del 8 del 2006.

Se promociona la lactancia como práctica individual, pero no se fomenta su aceptación o tolerancia social. El pecho lactante sigue conservando su carácter sexual y reforzado en la simbología de los fluidos corporales. También la lactancia pública está asociada a la clase social aunque hoy, mujeres militantes apoyadas por profesionales hacen demostraciones públicas en grupo en toda Catalunya para promover su normalización social.

Pero dar de mamar en muchos momentos es un trabajo pesado, monótono, solitario, que inhabilita para otras funciones y por lo tanto, aísla y requiere de la dedicación de la madre. Si además la criatura es inquieta, o hay alguna dificultad en la lactancia, la mujer puede llegar a agotarse. No en vano hemos escuchado: *“Sólo podía dar el pecho en la cama, toda la noche la pasó mamando, estaba cansada y... le tiraría por la ventana”* (Alicia). Paula, ante el llanto de la niña y los intentos de Ton por calmarla afirma: *“Yo pensaba que la iba a estampar contra la pared (ríe) porque no podía más”*; y finalmente, Clara se siente agotada: *“tan cansada... ¡que le pegaría una hostia! Luego le miras la carita y se te pasa”*. Estas expresiones y otras encontradas denuncian el pretendido instinto y predisposición natural para el cuidado así como la felicidad de la crianza, por lo menos, en las primeras semanas en las que las mujeres expresan haber vivido más sombras que luces, hasta que por fin se “aprende”, o se adaptan a su nueva situación. De este tiempo algunas mujeres se lamentan *“¿por qué no me avisaron? No te explican lo crudo que es realmente... no sé si es que no lo dicen para no asustarte”* (Montse) .

“Esto de tanto trabajo y dedicación no te lo cuenta nadie, ves a las mujeres con sus hijos tan felices y si preguntas dicen que es muy bonito. No te dicen lo cansado que es. La maternidad está idealizada. Dicen muy bonito, muy bonito pero es agotador, es dedicación continua” (Cristina).

6.6. Un rayo de luz

Pasadas las cuatro primeras semanas²⁸¹ constatamos que se da una clara mejora en el relato de la experiencia de las mujeres. El dolor generalmente ha desaparecido y las grietas del pecho están curadas²⁸². El bebé en algunos momentos parece querer responder a los requerimientos de su madre regalándole claramente una sonrisa, además, su crecimiento, peso y bienestar hablan de que el tiempo

²⁸¹ Es una fecha aproximada puesto que es un proceso en el que cada cual necesita de un tiempo.

²⁸² Así fue en las mujeres del estudio pero éste y otros problemas de la lactancia pueden tener una mayor duración.

dedicado no ha sido en vano. Este inicio de comunicación introduce cambios en el cómo las mujeres se autoperciben respecto a su dedicación a las criaturas: *“Ya no soy sólo un tretra-brik”*, expresa Clara; algo que, aparte del cambio cultural que indica de donde actualmente se saca la leche, nos refiere el paso de ser objeto a sujeto. Las madres *“se sienten reconocidas”* por sus hijos/as y establecen comunicación con ellos/as: *“Se ríe más... a veces jugamos más... hace uuu y cosas así. Lo que es muy gracioso cuando ríe”* (Montse). Es como un rayo de luz que se adivina en un cielo que se va despejando de nubarrones. Analizamos aquí las diferentes estrategias, recursos, discursos, deseos y prácticas que muestran las mujeres ante su maternidad en el segundo mes tras el parto.

Las madres ahora se quedan más tiempo solas. Aquellas parejas que tuvieron vacaciones las han finalizado y las abuelas de apoyo van alejándose. Se empieza a dar una sistemática de trabajo en el cuidado al bebé que coincide, con pocas excepciones, en que cuando el padre regresa del trabajo y, dependiendo del tiempo disponible, se hace cargo del bebé, tendencia que hemos visto está presente en todas las parejas en diferentes medidas: *“Él le baña y yo hago la cena”*, afirma Cristina; y Roser explica: *“Viene feliz por la tarde... y suerte de eso... la coge, la tranquiliza mejor que yo”*. Otras parejas no pudiendo colaborar en el cuidado de la criatura, realizan actividades complementarias como las compras o: *“me ayuda más con las cosas de casa porque le da miedo eso de cambiarla y bañarla”* (Nuria).

La lactancia continúa pero tres de ellas van introduciendo tomas de biberón, bien porque no sube de peso (Dolors y Laura) o porque le hace daño el pecho (Nuria). Otras, como Montse opina: *“No lo veo tan placentero como dicen... eso que dicen de la unión madre/hijo al dar el pecho... ¡puf!”*, pero le sigue dando siempre que se lo pide y, hasta tiene pequeñas discusiones con la pareja por ello: *“Dice: no se lo des que ha mamado ya. Digo: ¡déjame! Si quiero dárselo... No sé por qué, pero se lo quiero dar... y que me utilice de chupete si quiere... él sabrá lo que quiere hacer”*²⁸³. Y casi todas las mujeres manejan soluciones para aliviar los pequeños males que aquejan a sus bebés: *“Estoy investigando ¡pobrecito mío! Parece un conejillo de indias. Ahora te hago así, luego te cambio de leche...”* (Alicia). El bebé de Alba lleva un trozo de lana roja en el chupete que le protege: *“Es para las envidias... se lo ha puesto mi madre, es*

²⁸³ De manera informal, una mujer nos habló de los celos del marido ante la mujer que está todo el día con el pecho enganchada a su hijo/a. Estas mujeres exponen las quejas de sus parejas y finalmente dejan la lactancia.

que dice que es tan guapo que le pueden tener envidia". No hemos encontrado que se utilizaran soluciones de estas características con ninguna otra criatura.

No obstante, la dedicación y responsabilidad sigue centrada en la madre. Por ejemplo, Alicia explica: *"Él se va a dormir a otra habitación porque iba muerto al trabajo"*, decisión que suelen proponer ellas mientras están de baja maternal. También, Dolors se queda en casa mientras Marcos dice: *"He empezado a trabajar y hoy por la mañana he ido al gimnasio y he hecho todo lo que tenía que hacer, pero estaba como inquieto"*. Paula propone a su pareja: *"Me voy yo a pasear y tú a correr... y ya está. Dentro de una hora vuelves por donde esté yo paseando... es la única manera, porque también me sabe mal por él"*. Las mujeres asumen su protagonismo y aunque siguen afirmando que *"es agotador"*, tiene sus compensaciones: *"Me quedo anonadada... cuando duerme le ves satisfecho durmiendo, a sus anchas... no me cansaría de mirarle. Me siento muy a gusto y muy plácida... siento que ¡Qué a gusto me quedo! Me lo miro y ¡Oh!"* (Montse). Otra de las mujeres explicó que irrumpió en llanto ante la contemplación de su hijo y Nuria está admirada: *"Parece mentira ¡es que has hecho un crío!... Si te lo paras a pensar... cuesta de creer. Te lo crees porque es verdad ¿no? Pero te asombra"*. Otras explican que se sienten pegadas al bebé, *"absorbidas"* sin poder separarse como una emoción positiva: *"Un sentimiento... ¡Es que yo no lo puedo explicar! No es comparable a nada; es muy bestia"* (Laura). Parece que ahora sí el *"amor," "instinto"* y felicidad de la maternidad se encuentran como consecuencia del continuo contacto y aprendizaje. Así también lo afirmó una mujer que, al alejarse después de un encuentro casual en la calle dijo: *"Ahora sí tengo instinto y tengo de todo"*. Habían pasado dos meses de vida de la criatura.

La intensa dedicación a la que se someten, el cansancio y la toma de conciencia de que el tiempo libre personal ha quedado lejos, es el resultado de una cultura maternal a la que puede ser difícil adaptarse y que cada mujer vive de forma diferente. Fue habitual, por ejemplo, que se presentasen algunos episodios de llanto que las mujeres no relatan si no es a partir de la pregunta directa. Parece ser que la expresión del llanto como evocación de tristeza no es adecuada cuando el ideal maternal supone la felicidad. Las mujeres, cuando informan de la presencia del llanto, tratan de trivializarlo como si se avergonzaran o fuera una debilidad momentánea que superan y que no les está permitido manifestar. Según la teoría, es una respuesta a la reorganización hormonal, pero nosotras hemos observado que se ha producido con más frecuencia en aquellas que tuvieron menos apoyo y como consecuencia de la

impotencia ante la situación, el no poder separarse ni abandonar por algún rato –sin prejuicios morales- a la criatura, la responsabilidad de 24 horas diarias, incluidas las noches y el confinamiento en casa.

Pero en esta diversidad, Laura ha tenido una buena experiencia: *“Para mí ha sido mejor de lo que me lo pintan”*. Todo ha resultado según lo habían planeado, tiene el apoyo de su pareja y ya ha planificado quien cuidará el bebé cuando ella regrese al trabajo, además: *“Puedo hacer la comida... me puedo duchar... ¡ningún problema! Puedo ir de compras y ayer subí toda la rambla caminando”*. Contrariamente, Mónica no cuenta con el apoyo de su pareja –aunque sí de su madre- y afirma que hay momentos en que *“ya estoy harta”* y acusa lo que Mathieu (1991) denomina *“un trabajo mental alienante”*, limitativo del pensamiento en la continua dedicación al bebé: *“Esto es particularmente grave en la sociedad occidental, donde las mujeres están aisladas en sus hogares todo el día”*. (Ibídem:161). Así lo relata Mónica:

“No me apetece nada relacionarme con gente para hablar de bebés... No me apetece ir con la típica mamá con los niños; ¡no me apetece nada!. Yo es que será que no me veo todavía mamá... no se. No sólo tengo tema de conversación el niño, tengo ganas de tener temas de conversación más normales. Necesito empezar a trabajar, ir a la peluquería ¡lo que hacía antes!”

Otras mujeres, para liberarse de esa “alienación”, leen mientras dan de mamar, aunque expresaron:

“Me siento culpable porque paso de ella, yo estoy con el libro aquí... no me acuerdo y ya se ha dormido. Va a su rollo, pero bueno, así va a ser nuestra vida. Ya tengo ganas de que sea grande y me deje tiempo libre. A mí esto no me llena la vida estar todo el día con la niña” (Informante casual).

Alicia es de esta opinión: *“No sé estar, necesito ir a trabajar pero mi niño es muy pequeñito y tengo que estar aquí... Luego echaré el paro y buscaré trabajo; iré a destajo... una ayuda siempre va bien”*. Hemos encontrado que hay una tendencia a esa necesidad de disponer del propio tiempo y liberarse del bebé en aquellas mujeres que tienen un trabajo que les satisface; pero esto no es definitorio en nuestro estudio puesto que Laura y Alicia no responden a esta norma. Laura es profesora y le gusta el trabajo que realiza desde hace varios años y Alicia no tiene trabajo fijo, pero desea trabajar *“en lo que sea”* porque dice, quiere ganar dinero. Tampoco la edad es un dato, ni siquiera el trabajar o no en empresa propia. Podemos afirmar que expresan sentirse mejor aquellas que viven la dedicación al/a bebé como un trabajo, -aunque con amor- puesto que así lo han elegido y es *“lo que ahora hay que hacer”* y asumen las

funciones de cuidados intensivos por un tiempo limitado –la baja maternal-, pero sin perder de vista su carácter temporal y compartido en pareja. Consideramos de nuevo que no hay fórmulas exactas en la forma en cómo se vive e interpreta la maternidad, y que más bien responde a formas individuales de dar sentido, afrontar o entender la vida, esto sí, en un determinado tiempo y contexto.

Estos deseos de una mayor libertad también se muestran en las relaciones de las madres con las criaturas, que ahora empiezan a ser definidas como menos inocentes: *“Me toma el pelo. No, no, no te cojo, llora, llora que es bueno para los pulmones”* (Nuria). Cristina explica que ha observado *“que hace algunas muecas para que la hagamos caso; para que estés por ella. Quiere comer y tiene que ser ¡ya! porque si no te martiriza con su llanto y quiere que la cojas. Es una tirana”*. Para Alba su bebé *“llora de marraneo”*, y esta expresión es también utilizada por Mónica. Alicia expone: *“Tonto no es. Cuando le regañas se achica un poco pero luego... Digo: ¡que no te quiero oír! ¿Eh? Porque es muy cojonudo, se queda callado un momento pero dice: sí, sí ¡Aquí te vas a subir!”*.

Aún con las pocas semanas de las criaturas vemos que las mujeres comienzan a negociar la recuperación de tiempos, por pequeños que sean: *“Es que llega un momento que quieres hacer algo y no la puedes tener. Es dedicación de veinticuatro horas. Tengo que ir al baño, tengo que comer... tengo que colgar la ropa... Dices: ¡Vete a hacer puñetas! Y la dejas llorar”* (Dolors). Van conociendo a sus hijos/as e interpretan sus señales con frases como: *“No le gusta estar desnudo, lo que quiere es que le cojan, le encanta que le hables, o le gusta mucho el sol”*, que refuerzan su humanidad. Van perdiendo el miedo a salir a la calle, y el destino que sigue prevaleciendo es ir a casa de la madre. Salir del confinamiento del hogar se presenta como una necesidad aunque, como hemos apuntado, en ocasiones no se sientan capaces o tengan episodios de vértigo. María, que no tiene quién le ayude, busca otras alternativas: *“Yo sola con el niño me aburro y vamos a apuntarnos a masaje infantil, eso por hacer algo con el niño. El jueves empezamos una clases de música con el niño...”*, y Mónica relata que: *“Todas las mañanas tengo una chica y por la tarde a casa de mi madre. Cuando llego ¡ya no puedo más! Y entonces la chica me lo coge y dice: vete a dar una vuelta... despéjate que ya me lo quedo yo”*.

También la recuperación del cuerpo empieza a ser tema de interés, aunque no con la misma intensidad para todas. Les preocupa el peso que han cogido y, aunque

algunas dijeron pesar lo mismo que antes del embarazo, los cambios en la estructura del cuerpo necesitan recolocarse. Unas se dan tiempo y lo planifican a largo plazo y otras exponen su intención de hacer ejercicio, aunque de momento y por la dedicación que necesita la criatura, lo posponen. Sólo Laura comenzó a ir al gimnasio con el bebé en este segundo mes.

Otros destinos son las visitas a los/as profesionales; pediatras, ginecólogos y comadronas. Estos/as se hacen necesarios por la expropiación de saberes a las mujeres y conforman una red que puede ser considerada de apoyo aunque, como hemos dicho, también de control. Al pediatra se sigue acudiendo para cualquier asunto relacionado con la criatura, sea o no un problema de salud puesto que la tendencia actual es la descalificación de los saberes de las mujeres respecto a sus bebés. El/la pediatra o la enfermera pediátrica se han impuesto: *“Llamé porque estaba negra; digo: me paso la tarde aquí enchufada dos horas... y dice: pues esto es un crimen para ti, no para la niña, para ti porque te quedará el pecho... Digo: grietas no tengo pero escaldados sí, me duelen”* (Nuria). *“Casi cada semana voy por el peso... les digo que vomita y tal pero no me hacen caso... y lo de los granitos, ni se lo miran”* (Dolors). Pero también, otras se manejan de forma autónoma: *“Ya ves que hacemos lo que nos da la gana”* (Laura). Todas las mujeres del estudio utilizaron estos servicios²⁸⁴. En estos primeros encuentros madres y padres toman el pulso a cada pediatra y si no les convence, intentarán cambiar e ir a aquel que otras mujeres les han aconsejado, tanto de la asistencia pública como de la privada. Anna y Alvar tienen mutua y lo solucionaron así:

“Preguntamos en el CAP qué tal eran y dicen que hay dos chicas que están bastante bien. Igual decidimos ir a la Seguridad Social, pero de momento hoy vamos a ver uno... mañana al otro y otro la semana que viene. Ves lo que hay en el mercado y escoges”.

Algunas mujeres acudieron a otros profesionales: *“Como decidimos no poner vacunas buscamos un pediatra un poco alternativo... por si coge algo y fuimos al homeópata y la hizo un diagnóstico de balance polar”* (Marina), mientras que Clara y María acudían tanto al que les correspondía en la Seguridad Social como, en ocasiones, al que pasaba visita en el centro donde realizaron la preparación.

²⁸⁴ Las mujeres que no van al/a pediatra son aquellas que utilizan alternativas como por ejemplo otra forma de alimentación y con una ideología diferente respecto a los cuidados que ya practicaban en los años anteriores.

La matrona es la siguiente profesional a la que se puede acudir. La mujer llama para informarle de su parto y le darán hora dependiendo de las necesidades que ésta plantee. Una revisión sistemática se dirige al control de la recuperación de la musculatura de la base pélvica para lo que, repitiendo el modelo médico, introducirán un dedo en vagina. Es un encuentro bastante informal por el mutuo conocimiento que se ha dado consecuencia del seguimiento del embarazo, además por la presencia de la criatura y la ausencia de problemas, por lo que se puede justificar la falta de intimidad que ya expusimos. Las mujeres del parto en casa de Barcelona han sido visitadas en su domicilio por las comadronas y ahora ellas deben acudir al centro con su hijo/a. Clara no realizó esta primera visita: *“Estaba muy bien en casa, no quería salir ni ver a nadie, a ellas las sentía como intrusas. Se enfadaron”*, una de ellas la riñó. Afirma que se sintió muy controlada, como una sensación vivida negativamente, experiencia que corrobora que *“las medicinas no alopáticas, aunque sean subalternas o partan de modelos de representación diferentes, suelen caracterizarse por los mismos esquemas androcéntricos con respecto a las mujeres que el resto”* (Esteban, 2000:221). Y es que rebelarse contra la autoridad, sea la que fuere, no se acepta.

Finalmente, la visita ginecológica de la cuarentena tiene más bien una función de ritual por la que se devuelve a la mujer a la sociedad tras haber cumplido con la función reproductora. Las mujeres que fueron por mutua no tienen los servicios de las comadronas con lo que, desde el alta hospitalaria, no acudirán al médico hasta los cuarenta días. Este ritual tiene un paralelismo con el proceso biológico puesto que, si no se da lactancia materna, a veces aún así, el funcionamiento hormonal se restablece apareciendo la primera regla. El/la médico da su autoridad para comenzar las relaciones sexuales, práctica ésta que algunas ya han iniciado. Pero la mayoría curiosamente, manifiestan la necesidad de esta autorización o *“cuando el médico lo diga”*. Esto parece indicar que el cuerpo de la mujer todavía no le pertenece, que es un cuerpo “materno” que controla la institución médica como representante social y el hecho que de nuevo en este encuentro se realice un tacto vaginal, apoya esta teoría. Las mujeres ya lo han aprendido cuando Nuria asegura: *“Ya me da igual quien me vea”* o *“ni me enteré”*. El miedo a las repercusiones que el parto puede haber causado en el cuerpo es habitual entre las mujeres que, generalmente, no se atreven a explorar sus resultados. Antes de finalizar la visita el/la médico se asegurará que la mujer pondrá algún anticonceptivo: *“Ahora tienes que tener cuidado. Nosotros decimos que no tienes que quedarte hasta por lo menos que pase un año”* (Nuria), y le recuerda pedir hora al ginecólogo. Tanto las visitas a las matronas como a los/as ginecólogos/as

están recomendadas, y a algunas se les realizó el mismo día en espacios y tiempos diferentes Pocas deciden no asistir.

También para salir de casa las dos mujeres de Barcelona acudieron al grupo de preparación que se prolonga a lo largo de dos meses en el puerperio. El resto pude asistir a los grupos de apoyo a la lactancia materna que algunas matronas tienen organizados. Es como si las mujeres-madres recientes estuvieran en un paréntesis social. No hay otros espacios para ellas y sus hijos que aquellos relacionados con el mundo de la maternidad, como si se tratara de reafirmar un aprendizaje. Se encuentran aún en ese estado liminal, sumergidas e invisibles en sus hogares, amorosamente dedicadas a esas pequeñas criaturas que las absorbe. Todas las personas que las rodean lo comprenden y respetan, con lo que no cuentan con ellas para otros asuntos, lo cual, acentúa su aislamiento del que irán saliendo lentamente a lo largo de este segundo mes del puerperio. La mayor parte de las mujeres del estudio, aunque no todas, han vivido así estas primeras semanas; una obligación naturalizada e incuestionable como consecuencia biológica del parir –según el discurso cultural de la maternidad- a la que pocas se enfrentan puesto que, como apunta Dolores Juliano (1998); *“si se puede pensar que ciertas conductas humanas (el amor materno, la atracción de pareja) están determinadas biológicamente, esta idea garantiza que son permanentes, que no cambiarán, que el tiempo pasará sobre ellas sin modificarlas (Ibídem:15).*

6.7. Reflexiones finales

El parto es el acontecimiento que marca un antes y un después en la vida de las mujeres y hombres que tienen su primer/a hijo/a, y que les transforma socialmente en madre y padre. Además, puede tener implicaciones físicas y psicológicas importantes en su experiencia de forma que, quienes lo asisten o están presentes debieran considerarlo. Las manifestaciones de violencia institucional son difícilmente reconocidas tanto por las propias mujeres como por la sociedad y la medicina. Desde asociaciones de mujeres y algunas instituciones²⁸⁵ se están haciendo esfuerzos hacia una mayor consideración a los derechos de las mujeres con el objetivo de cambiar esta situación. Tras el parto, da comienzo la recuperación del cuerpo y los cuidados a las criaturas.

²⁸⁵ Asociación Apoyo Cesáreas, El Parto es Nuestro, Plataforma por los derechos del Nacimiento, Asociación Nacer en Casa, Federación de la Asociación de Matronas de España y el Observatorio de Salud de la Mujer etc.

El hilo conductor permanente es que socialmente se sigue esperando que las mujeres sean las principales cuidadoras de las criaturas, que además requiere de la dedicación intensiva con los discursos de una lactancia materna. Nos preguntamos ¿Por qué se ha impuesto con tanta fuerza e interés la lactancia materna, cuando hoy no pelagra la vida de las criaturas con alimentación de fórmula? Si la lactancia es tan sencilla, cómoda, económica y aporta tantos beneficios²⁸⁶ cómo se resaltan desde las políticas que la promocionan ¿Cómo es que necesita de tanto refuerzo y presión de profesionales para que las madres lacten? ¿Qué intereses hay en todo ello? Las respuestas pueden ser variadas como el hiper-valor dado a las criaturas o el protagonismo de los/as profesionales. Nosotras entendemos que hoy, cuando las mujeres están consiguiendo una formación más elevada, mayor autonomía y accediendo a puestos de trabajo más prestigiosos que hace unas décadas, se les recuerda que eso “no es lo importante”. Lo importante, y en respuesta a “lo natural” de sus procesos reproductivos, es que cumplan con las funciones que tienen socialmente asignadas como mujeres y madres. Parece como si las mujeres con sus logros sociales, fueran demasiado rápido en una sociedad patriarcal en la que, aunque se hable de equidad, se activan y refuerzan periódicamente los mecanismos ideológicos tradicionales que les pone freno.

El cuidado a las criaturas hemos visto que supone un esfuerzo y dedicación que es vivido casi de forma general como agotador y poco gratificante, por lo menos, en las primeras semanas. Esto no quita que a la vez se den progresivamente sentimientos de ternura, afecto y amor que se van generando en el contacto diario con una criatura inválida que les necesita. Desde nuestro punto de vista, la dedicación materna debe ser considerada un trabajo, puesto que aporta beneficios sociales porque conserva la vida y se le asigna un tiempo y unos saberes específicos. También, y tomando como referencia los discursos oficiales sobre los supuestos beneficios de la lactancia materna para los/as bebés -menos enfermedades y mayor equilibrio emocional-, el hecho de que las mujeres cuiden y lacten durante meses incidirá directamente en la reducción del gasto sanitario público, puesto que, siguiendo esta lógica, sus cuidados darán supuestamente como resultado –si los discursos son ciertos- individuos sanos con menos gasto sanitario. Las mujeres pues están

²⁸⁶ Afirmaciones recogidas del folleto informativo para la lactancia. Servicio de pediatría. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

ejerciendo un trabajo que es invisibilizado, y desde el que se aportan beneficios económicos y sociales.

Por otro lado, tenemos la percepción de que el ideal social de la maternidad y la madre amorosa de la crianza, tiene un precio que pagan las mujeres; esto es, no sólo se les pide que respondan a este constructo sino que además se hagan cargo de sus consecuencias económicas. Afirmamos esto en base a que a dos de las mujeres no se les renovó el contrato laboral como resultado del embarazo, otra decidió no buscar trabajo por su estado, Cristina mantuvo una larga baja laboral y sólo dos no se dieron de baja alrededor de un mes antes del nacimiento. Posteriormente estuvieron las bajas maternales, la reducción horaria, permisos sin sueldo o las excedencias. Consideramos que estos tiempos son necesarios para poder realizar sus funciones maternales. Pero esto supone reforzar la imagen social de la temporalidad del trabajo femenino; discontinuo (Narotzky, 1988:152), que repercute en la ya habitual mayor dificultad de las mujeres para ser contratadas o lo que es lo mismo, en un más alto porcentaje de paro respecto a los hombres. Un reparto más igualitario respecto a las emociones y responsabilidades de cuidados a las criaturas entre hombres y mujeres, liberaría a algunas de la carga moral en la que se sienten comprometidas como madres, permitiendo oportunidades más igualitarias de acceso y mantenimiento de un puesto de trabajo, hoy tan valorado socialmente.

Consideramos que, a partir de la deconstrucción de las teorías de la maternidad y de la lactancia, se introducirían cambios que, además de reconocer el trabajo de las mujeres-madres permitiría compartirlo en mayor medida con la pareja u otros miembros de las redes sociales, haciendo la crianza más llevadera y posiblemente disfrutable; liberando así a las mujeres de la “obligación” de los sentimientos conflictivos que se pueden dar cuando se cuestionan su rol o no responden a los discursos pautados.

4. CONCLUSIONES

A lo largo de toda la investigación hemos venido apuntando que el nacimiento hoy, en el contexto de nuestro estudio, se inscribe en la ideología del modelo de atención del sistema médico hegemónico, lo que puede dar a primera vista la percepción de homogeneidad tanto en las representaciones como en las prácticas. Conocíamos desde el inicio la existencia de otras formas de representarlo y proporcionar cuidados pero, ha sido a través del relato de las mujeres que este horizonte ha ido enriqueciéndose y ampliando sus límites con múltiples iniciativas de diferentes categorías que los/as profesionales, pero sobre todo las mujeres, nos han aportado. El desglosamiento de las representaciones con que se construyen los discursos y el análisis en la observación de las prácticas nos permite asegurar que, aunque encorsetadas en el modelo biomédico, se dan variaciones significativas que construyen diferentes formas de pensarlo y practicarlo, tanto entre las mujeres como entre los/as profesionales, con lo que reafirmamos que se puede hablar en plural de “culturas” del nacimiento en nuestro contexto de estudio. Recogemos estos y otros resultados en este capítulo con el siguiente orden: en primer lugar contrastamos las hipótesis planteadas; seguidamente exponemos las conclusiones que consideramos más relevantes; posteriormente, y puesto que toda investigación debe revertir en provecho social, presentamos algunas sugerencias que pueden ser útiles para los colectivos estudiados; y, finalmente, revisamos la posibilidad de otras líneas de investigación que han surgido en el desarrollo de la tesis.

Contrastación de las hipótesis

Respecto a las hipótesis, algunas de ellas se enmarcan en la medicalización de los procesos reproductivos. En la primera afirmábamos cómo desde los discursos y prácticas del sistema médico se refuerza la pérdida de autonomía y la desconfianza de las mujeres hacia los procesos de su cuerpo en gestación, y esto se realiza a través de:

- El intenso control médico del embarazo donde las mujeres son observadas en todos los aspectos de sus vidas de forma que parece no quedar espacio para la autogestión y, de haberla, en muchas situaciones es sancionada.

- La descalificación de los saberes de las mujeres, de sus percepciones y síntomas que manifiestan sobre el cuerpo, lo cual se ha ratificado a través de sus testimonios que coinciden en que no son escuchadas, que se les trata como meras portadoras de un valor y que se les infantiliza.
- El no contar con su participación para la planificación de los cuidados; esto es, se espera que sean “cumplidoras” receptoras de aquello que los/as profesionales indican por lo que, en el rol de pacientes, no serán considerados aspectos personales de su individualidad como valores, ideas o dudas.

La desconfianza hacia el cuerpo surge del control médico práctico, de la incesante búsqueda de alteraciones físicas o bioquímicas que se supone pueden ser consecuencia del embarazo, de los discursos del riesgo y las reafirmaciones de su “no saber” que se desprenden de los encuentros asistenciales. La ideología médica hegemónica se presenta como la única cuyas prácticas les puede salvar de los riesgos que conlleva el embarazo y el parto. Las mujeres que mayoritariamente utilizaron estos servicios biomédicos deben confiar en los/as profesionales de los/as que llegan a sentirse totalmente dependientes.

Por lo expuesto podemos concluir que, si las mujeres no confían en sus saberes y en sus cuerpos, si durante la gestación temen estar en peligro y además, conocen la solución que garantiza la seguridad, buscarán procurársela por todos los medios. Serán los/as profesionales quienes tendrán el poder y quienes a partir de él, podrán seguir generando la ideología en la que éste se mantenga y aumente. Afirmamos esto porque hemos comprobado la desconfianza general de las mujeres hacia la gestación, en base al discurso de un miedo que se retroalimenta desde la ideología y la praxis médica.

También, en el discurso de garantizar la salud se incluyen aspectos de control social e ideológico a través de:

- El control de la vida cotidiana de las mujeres y en menor medida de sus parejas. En el objetivo de la promoción de la salud los/as profesionales se interesan por sus actividades y prácticas diarias; alimentación, sexualidad,

familia, tiempo de ocio etc... Todo debe estar bajo control profesional durante el embarazo.

- El adoctrinamiento de las mujeres sobre lo que deben hacer, cómo, y rechazando prácticas que no sean consideradas “normales”; por ejemplo una determinada línea de alimentación.
- El proporcionar o no la baja laboral según decisión profesional cuando se trata de malestares habituales del embarazo. Esto responde a la visión estandarizada de lo que debe suceder en el cuerpo de las mujeres, independientemente del malestar y si es producido o no por las condiciones laborales de cada mujer.
- El acatamiento de la ideología del sistema utilizando para ello cualquier tipo de discurso: invitación, pero también miedo, amenaza y coacción.

En sus relaciones con los/as profesionales las mujeres pierden la autonomía, desconfían de su cuerpo o delegan en diferentes medidas. En general, valoran el control gestacional aunque algunas preferirían participar en el cuidado y no realizar tantas visitas. Por ejemplo, algunas propusieron en las entrevistas tomar ellas la dirección de las pruebas más sencillas como son la comprobación de la tensión arterial o el peso, lo que podía repercutir en la reducción de tres o cuatro citas. Justificaron esto por la dificultad en la comunicación y la poca información que recibieron de las matronas, con lo cual, no consideraban necesarios algunos de estos encuentros. Contrariamente, aquellas que llevaron a cabo la automedicación afirmando su confianza y conocimiento del propio cuerpo, veían en las visitas una oportunidad para contrastar lo positivo de sus prácticas con los resultados de las analíticas, la ecografía o con la opinión médica sobre la evolución del feto. También aquellas que planificaban parir en su domicilio expusieron que los controles gestacionales les sirvieron como refuerzo para continuar con su plan.

Está demostrado, como afirmamos en la segunda hipótesis, que la salud del feto es el principal objeto de interés por el que se organiza toda la asistencia institucional. A lo largo del embarazo algunas mujeres lo acusaron exponiendo que se sintieron no consideradas o anuladas, siendo el centro de interés su abdomen en gestación. Esto lo percibieron al no ser escuchadas; al desvalorizar los relatos de otros

malestares si no implicaban la salud de la criatura; al no dirigirles la mirada en los encuentros dando muestras de desinterés hacia su persona. A algunas estas situaciones les hizo sentirse invisibles, un no existir sino en función del feto en gestación o gestado, cosa que se acentuó en la asistencia médica al parto tanto en las servicios públicos como privados.

En esta dinámica de atención, las mujeres aparecen “cosificadas”. Un número significativo de ellas relataron que en el transcurso de la atención recibida en el parto se vieron expuestas a situaciones de miedo, soledad o incluso sintieron maltrato en forma de infantilización, amenazas y no consideración de sus derechos o deseos, situación que se puede deber a diversas causas:

- Sigue vigente el concepto tradicional de “paciente”. Ser paciente supone, como hemos visto, adoptar actitudes de aceptación, pasividad, sumisión, etc. De esta forma en el transcurso del parto, las mujeres, aunque no están enfermas, asumen todas las características de la condición de pacientes, situación en la que pierden parte de sus derechos como personas adultas. Esta misma idea queda reforzada si consideramos el parto como un rito de paso en el que el neófito –la mujer embarazada- debe ser sometido a las intervenciones propias del ritual. Pero ambas interpretaciones están además encajadas en un entorno social de tradición androcéntrica y clasista, que desvaloriza a las mujeres cosa que también se pone de manifiesto en todas las áreas de la atención sanitaria.
- En esta relación médico/paciente, las mujeres siguen estando situadas en la posición de objeto sobre el que trabajar para “solucionar el nacimiento”. Ser objeto anula la condición humana –aunque no de forma continua-. En las prácticas que se llevan a cabo sobre un objeto, no es necesario mantener las normas o reglas que se dan en las relaciones humanas habituales y, por esa misma objetivación, los/as actores/as incluidas algunas mujeres, pueden entenderlo y aceptarlo como un trato normalizado. Por otro lado, este cuerpo-objeto pertenecerá al sistema médico mientras la mujer permanece ingresada ya que, como hemos reflejado, puede ser manipulado sin la autorización de su “propietaria”.

- También está relacionado con el poder que por su saber se le reconoce socialmente a la biomedicina. Puesto que es “quien sabe”, se aceptan sus prácticas como necesarias y los medios y formas de llevarlas a cabo quedan justificados. Además el sistema médico necesita seguir imponiendo su poder para mantener su hegemonía. Consideramos, tal y como queda reflejado en capítulo seis, que se da una “violencia estructural” en la relación médico/paciente y, hasta que su alcance no se haga consciente, no podrá ser eliminada.
- La organización física de las áreas de partos responde a las necesidades de los/as profesionales y no de las mujeres que los utilizan. Esto, unido a las políticas de reducción de personal en los servicios públicos y privados, lleva a que muchas veces algunos/as profesionales se sientan incapaces de dedicar la atención y tiempo que las mujeres y parejas necesitan.

Se añadirá, además, la carga moral de responsabilidad culpabilizadora de “las cosas como son” si algunas mujeres plantean abiertamente resistencias o dudas respecto a ello. En general, aquellas que planificaron sus partos en los hospitales aceptaron las prácticas médicas sobre las que muchas entendían que era la única forma en que ellas podían salir indemnes de su parto. El control médico es la norma social generalmente aceptada. Pocas mujeres cuestionaron este orden, y sólo lo hicieron aquellas que planificaron un parto en casa, que trataremos más adelante. Pero también vimos cómo dentro de los hospitales tuvieron lugar partos poco intervenidos en los que se consideró la voluntad de la mujer; aunque acatando ciertas normas del sistema institucional y bajo supervisión médica. Fueron sobre todo las comadronas las que dieron apoyo a formas de asistencia menos medicalizadas y proporcionaron el respaldo necesario para que las mujeres consiguieran su objetivo. Vemos pues que también estas profesionales ejercen resistencia a las prácticas de atención dictadas para la asistencia en los partos y recuperan espacios de autonomía.

Pero en la actualidad las mujeres están más y mejor formadas y los movimientos para la igualdad y defensa de sus derechos se están consolidando. Al mismo tiempo, la medicina ha perdido en parte la fiabilidad e impunidad de la que ha disfrutado y puede ser cuestionada. Estamos escuchando cada vez con mayor asiduidad manifestaciones públicas de descontento y resistencia de algunas mujeres y profesionales hacia las formas hegemónicas de asistencia a los partos.

Respecto a la tercera hipótesis, venimos afirmando que los discursos del riesgo están presentes tanto en el embarazo como en el parto, y es a partir de él que se organiza la asistencia con el objetivo de su prevención. El riesgo se presenta como un constructo con vida propia, y la realidad de su existencia no se pone en duda. Las mujeres y parejas lo consideran, pero no es tema de especial interés puesto que se sienten respaldadas por los/as profesionales, expertos/as en atajarlo. Digamos que cada cual lo ve desde el lugar en que se sitúa. Ha sido en las entrevistas con los médicos donde el riesgo ha estado más presente, dándose la paradoja de que las intervenciones y tecnología utilizada para controlarlo generan nuevos riesgos con lo que hay que intensificar el control con nuevas intervenciones. Resultado de ello es la forma en que en la actualidad transcurren los partos en los hospitales.

El riesgo es también un poderoso discurso que mantiene y aumenta el poder de la institución médica, pero tiene su otra cara; la de que puede llegar a esclavizar a los/as propios profesionales. Al autodefinirse como liberadores-salvadores frente al riesgo, la población espera que así sea y, de no darse el resultado esperado, activarán recursos legales. La práctica de la medicina defensiva es habitual por la presión a la que se sienten sometidos/as por la población.

Otro de los aspectos importantes a destacar en el estudio ha sido el avance respecto a la anulación del dolor en el parto. La gran mayoría de mujeres se sintieron aliviadas en la previsión de un parto en el que cuentan casi con total seguridad, con el recurso médico de la analgesia. Hoy tener acceso a la técnica de la epidural es un deseo manifestado por casi todas, y los/as profesionales lo respaldan resaltando sus beneficios. Sólo una minoría de las mujeres se planteó sus contrapartidas; esto es, la inmovilidad, el no sentir, el no control sobre el cuerpo y los riesgos añadidos de la técnica; pero esto no siempre supuso que la rechazaran.

La medicalización del embarazo y parto que planteamos en la hipótesis cuarta es una realidad conocida y aceptada, y sus prácticas están totalmente sistematizadas y definidas. En principio, y siguiendo lo propuesto desde los protocolos de atención, todas las mujeres serán sometidas a unas técnicas homogéneas de base, pero tanto por la influencia de éstas, como de los/as profesionales, se pueden introducir cambios que las intensifiquen o reduzcan. Hemos visto que las demandas de las mujeres tienen un efecto renovador en los/as profesionales, e incluso en circunstancias concretas,

vieron cumplidos sus deseos en la forma de asistencia a su parto; pero esto no es generalizable para todas y en nuestro estudio dependió de circunstancias como el horario en el que se acudió al hospital, la voluntad de las profesionales y el nivel socioeconómico de las mujeres.

Hemos comprobado cómo algunas matronas de los hospitales están más dispuestas a responder a los deseos de las mujeres cuando se trata de disminuir las intervenciones, cosa que sucede en mayor medida, si no se encuentran físicamente bajo la presión de la mirada médica aunque sigan supervisadas desde ella. En el marco teórico revisamos cómo las funciones de estas profesionales fueron absorbidas por la profesión médica y cómo en la actualidad, han recuperado algunas de ellas, aunque todas permanezcan bajo su control y supervisión. Una parte de las matronas observadas se muestran identificadas con la medicina de la que reproducen sus representaciones y prácticas, y otra acusa la falta de libertad para tomar sus propias decisiones o su dependencia de criterios médicos con los que no están totalmente de acuerdo. En la organización jerárquica del sistema, las matronas están supeditadas al cumplimiento de las órdenes médicas, con lo que ejercerán una cierta autonomía sólo bajo su consentimiento. El ejercicio profesional independiente tiene poca aceptación entre este colectivo y lo llevan a cabo, sobre todo, quienes proporcionan servicios alternativos al sistema hegemónico.

También en nuestro estudio se dio respuesta médica a quien planteó el deseo de aumentar las intervenciones. Aunque la mayoría de las mujeres se adaptó y aceptó la definición y prácticas médicas en el parto, es interesante constatar cómo las normas pueden ser modificadas ante algunas de sus peticiones, pero esto sí, el/la profesional siempre tendrá la última palabra. En general, ante las escasas posibilidades de ser escuchadas, pocas veces plantearon sus aspiraciones. La elección no es pues un derecho de las mujeres en estas circunstancias, pero los deseos expuestos por ellas van introduciendo algunas modificaciones que, aunque lentas, no son despreciables.

La quinta hipótesis viene a complementar lo expuesto: negociación con los/as profesionales y elección en algunos pocos casos, como consecuencia de ideas y valores individuales. Esto en nuestro estudio se dio dentro del sistema público y privado. Fuera de él o más bien en paralelo se sitúan un pequeño grupo de mujeres que, de forma crítica, deconstruyen los discursos hegemónicos y modifican el sistema de valores respecto al cuerpo, el riesgo y el dolor. Con ello, el embarazo y el parto

pierden las características amenazantes pasando a ser hechos asumibles y alcanzables bajo el control de las propias mujeres. Para ellas, se trata de vivir las propias experiencias reproductivas sin interferencias. No rechazan de forma absoluta el sistema médico, puesto que reconocen su efectividad en caso de ser necesario, pero tratan de reducir esta posibilidad. La resistencia de estas mujeres es pues a la imposición y obligatoriedad con que socialmente se entiende deben asumir las prácticas biomédicas, a la definición de la legitimidad de estas prácticas como única verdad que ellas no consideran puesto que son poseedoras de teorías igualmente válidas, y al poder del que se auto inviste el sistema hegemónico y en el que se sienten ignoradas. Estas mujeres están respaldadas por otros/as profesionales con formación biomédica con los/as que comparten las mismas ideas y que dan apoyo y respuesta a sus peticiones. Entendemos que, aunque las relaciones entre estas profesionales y usuarias se establezcan desde paradigmas humanistas u holistas, también pueden darse relaciones verticales.

La última hipótesis planteada se refiere al inicio de la práctica de la maternidad. Para algunas mujeres ser madre comenzó ya en el embarazo y va unida a la palabra "sacrificio" que realizaron para mantener en las mejores condiciones la vida del feto. La representación social del embarazo como un estado ideal de bienestar y equilibrio, no correspondió a la experiencia de todas las mujeres ni durante toda la gestación. A lo largo de ella manifestaron diferentes estados de ánimo y vivencias relacionadas con la maternidad y, el que fueran positivas o no, se vio influenciado tanto por los síntomas físicos como por características personales y formas individuales de afrontar la vida de cada una de ellas. Así, para algunas estar embarazada fue una satisfacción que compartieron con experiencias temporales de agotamiento o postración, pero que no nublaban esas primeras percepciones; para otras, fue el paso que debían aceptar como condición necesaria para tener un/a hijo/a, pero que no les aportó ningún beneficio.

Hoy se sigue asignando a las mujeres la responsabilidad del cuidado de las criaturas, unido esto a una fuerte presión social y médica para que las alimenten con su propia leche. La intensa dedicación que requirieron estas funciones durante las primeras semanas, y el protagonismo materno del que generalmente se sienten depositarias, fue para la mayoría de las mujeres del estudio una experiencia agotadora y poco gratificante, aunque no surgieron expresiones de rechazo a la maternidad. Mujeres y parejas planificaron la mater/paternidad buscando soluciones o alternativas

más armónicas con sus vidas pero, aunque se da la participación de los padres en diferentes medidas, en todos los casos fueron las mujeres quienes ejercieron de principales responsables de los cuidados o la decisión de su derivación, durante los dos primeros meses en los que se prolongó nuestra investigación. En general, compartir la responsabilidad del cuidado, estar acompañadas, descargarse de las tareas domésticas, y un bebé que favoreció a las mujeres y parejas parte del descanso nocturno, facilitó la vivencia satisfactoria de la maternidad con respuestas más acordes a lo socialmente pautado.

Más allá de la contrastación de hipótesis

Es interesante reflejar cómo las mujeres, en diferentes medidas, plantean actitudes o prácticas de resistencia frente al sistema de atención oficial. Todas lo aceptaron pero dentro de él, un número significativo de mujeres introdujeron modificaciones en las prácticas recomendadas o que se suponía debían realizar, bien anulándolas como sustituyéndolas por otras. Algunos/as profesionales manifestaron conocer este no cumplimiento, aunque no les es comunicado por ellas, algo que viven como cuestionamiento a su autoridad y saber. La protocolarización de la atención en el embarazo obliga a los/as profesionales a llevar a cabo un tipo de prácticas que se articulan con determinados discursos normalizadores, con los que se espera que las mujeres coincidan, y no se tienen en cuenta aspectos individuales o culturales de cada mujer. Las mujeres entrevistadas afirmaron que, en muchas circunstancias, en sus encuentros con los/as profesionales, no pudieron exponer sus puntos de vista por temor a no ser consideradas o ser reprendidas y culpabilizadas. Ante estas dificultades en la comunicación, como también reflejamos en el apartado teórico, la efectividad que se supone a la relación terapéutica difícilmente llega a producirse. Comadronas y médicos siguen cumpliendo sus funciones y algunas mujeres tomando decisiones paralelas respecto a su autocuidado.

Respecto a las variables que propusimos para la elección de la muestra con la finalidad de que todas ellas tuvieran las mínimas interferencias en las vivencias del nacimiento y de la maternidad, -edad, tener pareja fija y nivel socioeconómico estable-, los hallazgos más significativos están relacionados con que las dos mujeres de 25 años no habían planificado el embarazo y que en las tres que corresponden al grupo de 34-35 años la edad fue el condicionante para la elección. Pero también la idea de "edad adecuada" para la gestación fue considerada por las mujeres de 28 a 30 años. Estar casada o vivir en pareja no ha tenido repercusión en el estudio pero, en todo

caso, podemos apreciar que aún siendo una muestra reducida, las mujeres con mayor nivel de formación presentan más tendencia a vivir en pareja como también es significativo que de las seis mujeres no casadas, tres de ellas planificaran el parto en casa. Así, según nuestros datos, el nivel de formación es posible que influya en la manera en la que las mujeres establecen compromisos de pareja y en tener una actitud más crítica hacia el poder y el orden social, aunque esto no sea, por supuesto, generalizable.

Hemos visto que jóvenes y menos jóvenes activaron diferentes prácticas de resistencia o realizaron críticas en momentos puntuales, -aunque cumplieron con la atención del modelo médico-, pero esto de nuevo se relacionó con el nivel de formación. La confianza/desconfianza, aceptación o rechazo se manifestó en todas ellas en diferentes grados, siendo las de menor formación quienes plantearon una mejor disposición y aceptación hacia el modelo hegemónico de atención, aunque no de forma permanente ni a lo largo del embarazo y el parto. En las prácticas para que se de un parto en casa, lo que sí tuvo una incidencia significativa fue la identificación con un pensamiento naturista o ecologista, un “mayor respeto a los procesos naturales” unido, en algunas, a una postura feminista. Las diferencias que se dieron entre estas cuatro mujeres están en que las primeras aparentemente aceptaron y no plantearon resistencias visibles en sus relaciones con los/as profesionales, mientras que la segunda se enfrentó reivindicando lo que consideraba, eran sus derechos.

Un elemento que se ha mostrado muy significativo en nuestro estudio en el grupo que utilizó el hospital para el parto, ha sido la diferencia entre poseer un seguro público o privado. Las mujeres con seguro privado introdujeron más cambios en la atención médica al parto, no relacionado con el nivel de formación, pero sí, una de ellas con una economía más alta, mientras que el grupo de la Seguridad Social –ocho mujeres- no planteó generalmente otras alternativas, cosa que entendemos responde a la concepción que manifestaron ellas y sus parejas de que en esta institución es donde se da la mejor, más completa y segura atención, tanto por los/as profesionales como por los recursos técnicos de que dispone.

Algunas sugerencias

Las propuestas que planteamos pueden ser útiles para los colectivos estudiados, las relacionamos con el objetivo de prestar una atención sanitaria en la que, activando lo que ya está escrito en el PAPP (2003), las mujeres puedan ser

partícipes activas del mantenimiento de su salud; pero no sólo como receptoras de consejos y cuidados, sino en una dinámica de relaciones orientada hacia la escucha, co-participación y establecimiento de toma de decisiones. Esto supone introducir cambios tanto en el sistema médico como en la sociedad en general de forma que las mujeres sean consideradas sujetos capaces y de pleno derecho en todos los aspectos de sus vidas y en cualquiera de las circunstancias en las que, como en el embarazo o parto, se pueden encontrar. Se trata de evitar relaciones en las que desde una protección paternalista de buena voluntad, se las infantilice limitando su capacidad de actuar. En una relación más igualitaria puede darse el espacio en el que compartir diferentes perspectivas de cuidados y considerando las características individuales respecto a las necesidades de salud. Compartir las decisiones en las que tanto las mujeres como los/as profesionales participen, consideramos que llevaría a una tarea más efectiva de promoción de la salud, a la vez que reduciría en buena medida parte de la responsabilidad a la que se sienten sujetos los/as profesionales.

Por otro lado y teniendo en cuenta que la formación de las comadronas se dirige hacia aspectos de promoción y atención al embarazo y parto que evoluciona sin alteraciones, creemos que una mayor autonomía en la realización de sus tareas profesionales llevaría a una concepción social menos medicalizada de estos procesos, en los que el riesgo y el dolor pudieran ser valorados desde diferentes puntos de vista.

Puesto que embarazo y parto tienen lugar en el cuerpo y la vida de las mujeres, en condiciones de salud y sin necesidad de intervención médica, se debería promocionar el uso del “plan de parto” o acuerdo entre el equipo de asistencia y la planificación de las decisiones de la mujer implicada respecto a cómo quiere llevarlo a cabo. En situaciones de normalidad, el respeto a sus opiniones, ser informada, considerar sus deseos y pedir su consentimiento ante las intervenciones, llevaría a una mayor satisfacción en la experiencia del nacimiento que creemos influiría también en una menor presión legal de los/as profesionales, puesto que parte de la responsabilidad a la que se sienten sometidos/as quedaría compartida. Por otro lado, si las mujeres encontraran respuesta institucional a las necesidades que plantean, posiblemente se reduciría el número de aquellas que deciden realizar su parto en el domicilio.

Otra de nuestras propuestas es el acercamiento entre profesionales implicados/as en las diferentes formas de asistencia. Consideramos que promover

encuentros en los que compartir los saberes, los resultados de las prácticas e incluso llevar a cabo investigaciones conjuntas, daría como resultado un enriquecimiento por ambas partes, del que también se beneficiarían las mujeres usuarias de estos servicios.

Posibles líneas de investigación

Finalmente, a lo largo de la investigación hemos ido apuntando campos que seguramente requieren una mayor reflexión y tratamiento del que les hemos proporcionado. El primero corresponde a las relaciones de las mujeres con las matronas y los médicos donde no hemos analizado hasta qué punto el sexo del/la profesional influye en estas relaciones. Tomar un número equiparado de hombres y mujeres de estas profesiones y en los mismos ámbitos, nos mostraría si se dan o no diferencias en el trato y así poder profundizar en el análisis de cómo es percibido por las mujeres. También, en la actualidad, un número importante de mujeres está accediendo a la especialidad médica de Ginecología y Obstetricia, por lo que nos preguntamos si cuando estas profesionales ocupen lugares de poder, esto repercutirá o no en cambios en la asistencia en los partos o en una mayor consideración a las mujeres en el proceso de su asistencia.

Otro de los temas que han surgido se centra en las vivencias concretas de las mujeres en sus partos. Sería necesario investigar qué factores influyen en el descontento y las quejas, y así conocer el alcance de estas experiencias, su amplitud e incidencia. Mejorar las condiciones de las mujeres en el parto sería la finalidad última desde la que se activaran estrategias que lo hicieran posible. Por otro lado y valorando que la atención obstétrica en nuestro estudio se realizó sobre mujeres sanas que no presentaron situaciones de emergencia especiales, consideramos que las características apuntadas del modelo biomédico en su relación con las/os pacientes, no son específicas de esta especialidad sino estructurales a este sistema en todo su conjunto.

Nuestra investigación está centrada en las mujeres e incluimos la variable vivir en pareja estable heterosexual. Respecto a ello, somos conscientes de que no hemos reflejado la implicación de estos hombres en la misma medida que ellos participaron. Hemos observado que muchos padres en la actualidad están adoptando roles más comprometidos y, embarazo, nacimiento y crianza son asumidos no sólo como procesos que implican a sus parejas sino que también como formando parte

importante en sus vidas. Profundizar en sus experiencias, sentimientos y compromiso respecto a la paternidad, nos podía aportar una visión más amplia y actualizada de la realidad de esta situación y los cambios sociales que se están promoviendo. Reconocer y dar visibilidad a estas experiencias paternas, pueden ser un peldaño que nos dirija hacia una mayor igualdad y cooperación entre hombres y mujeres.

Finalmente, el periodo del puerperio sería un tema de especial interés a investigar y enfocado tanto a la recuperación física de las madres como a la adaptación madre-padre-hijo/a. Rescatar las experiencias reales de mujeres y hombres y los roles de cada cual a lo largo del primer año de crianza, pondría de manifiesto el trabajo que los hombres, pero sobre todo las mujeres realizan, y el alcance político, económico y emocional que supone el cuidado a las criaturas.

Ha sido largo el proceso para llevar a cabo esta investigación. Comencé como comadrona y antropóloga, ilusionada con este trabajo, pero sin conocer el alcance de las dificultades que podía suponer. La clarificación de ideas, el orden y la revisión continua ha sido el método sistemáticamente utilizado. Desde la recopilación de los datos, su organización y selección, hasta su análisis e interpretación posterior, han sido tareas minuciosas, no exentas de altibajos a partir de las que se han ido sedimentando las bases de la investigación antropológica. El resultado de este trabajo es fruto de la maduración profesional y personal adquirida a través de la constancia, la dedicación y la reflexión.

BIBLIOGRAFÍA

- ALBI, Lourdes. (2006). "Un escandaloso modo de orientarse". *Duoda. Revista d'estudis feministas*, 31. (En prensa)
- ALEXANDRE-BIDON, Daniele. CLOSSON, Monique. (1985). *L'enfant à l'ombre des cathedrales*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon. CNRS.
- ALEXANDRE, Mónica. (1991). "Imágenes de las mujeres en los inicios de la cristiandad" En Duby.; Perrot. *Historia de las mujeres. La Antigüedad*. Madrid: Taurus. 463-511.
- ALIC, Margaret. (1991). *El legado de Hipatia. Historia de las mujeres en la ciencia desde la antigüedad hasta finales del siglo XIX*. Madrid: Siglo XXI..
- ALONSO RUBIO, Francisco. (1866). *Manual del arte de Obstetricia para uso de las matronas*. Madrid: Imprenta Nacional.
- ÁLVAREZ PELÁEZ, Raquel. (1990). "La mujer española y el control de natalidad en los comienzos del siglo XX". *Asclepio*, II, vol XLII:175-200.
- ALVAREZ RICART M^a del Carmen. (1988). "Las otras profesiones y ocupaciones sanitarias" En *La mujer como profesional de la medicina en la España del siglo XIX*. Barcelona: Anthropos, 171-209.
- ALVAREZ SIERRA, José. (1955). *Historia de la profesión (enfermera-practicante, matrona)* Madrid: Publicaciones de la Academia Murga.
- AMAR Y BORDÓN, Josefa. (1994). *Discurso sobre la educación física y moral de la mujeres (1700-1800)* Madrid: Cátedra.
- ARNAU, Jaume. (1978). *Métodos de investigación en las ciencias humanas*. Barcelona: Omega.
- AUVARD, A. (1891). *Tratado práctico de partos*. Barcelona: Biblioteca Ilustrada de Espasa y Cia. Editores.
- BADINTER, Elisabeth. (1991). *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós.
- BALAGUER, Emilio. BALLESTER Rosa. BERNABEU, Josep. PERDIGUERO, Enrique. (1990). "La utilización de fuentes antropológicas en la historiografía médica española contemporánea". *Dynamis*, 10:193-208.
- BLÁZQUEZ, Isabel. (2005). "Aproximación a la antropología de la reproducción". *Revista de Antropología Iberoamericana*, 42:1-25; Ed. Electrónica.
- BALLARÍN DOMINGO, Pilar. (1995). "Estrategias femeninas: resistencias y creación de identidades". En Ballarín Domingo.; Martínez Lopez (eds.), *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas*. Universidad de Granada. Instituto de Estudios de la Mujer, 221-247.
- (2000). "La construcción de un modelo educativo de 'utilidad doméstica'". En Duby. Perrot. *Historia de las mujeres. Siglo XIX*. Madrid; Taurus, 624-639.

- BALLESTER, Rosa. BALAGUER, Emilio. (1995). "La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principios de siglo en España". *Dynamis*, 15:177-192.
- BECERRO DE BENGOA, Claudio. (1992). *Educación maternal y beta-endorfinas en plasma materno durante el parto*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en PDF. www.ucm.es/eprints/view/creators/becerro_de_bengoa_callau_claudio.html. Consultada el 4-3-2006.
- (2005). "Psicoprofilaxis Obstétrica y Beta-endorfinas". Disponible en: <http://www.racve.es/actividades/medicina-veterinaria/> Consultada el 4-3-2006.
- BENNER, Patricia. (1997). "The social fabric of nursing knowledge". *AJN*, 7:16-17.
- BENSAID, Norbert. (1986). *La luz médica. Las ilusiones de la prevención*. Barcelona: Herder.
- BERGER, Peter. L. LUCKMANN, Thomas. (1995). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BERGHAMMER, Karin. AHNER, Regine. HUSSLEIN, Peter. (1995). *Gebären und geboren wenden. Universitäts Frauenklinik*. Viena: Formato vídeo.
- BERNABEU MESTRE, Josep. (1991). "Enfermedad y población: una aproximación crítica a la epidemiología histórica española". *Revisiones en Salud Pública*, 2:67-88.
- BERNABEU MESTRE, Josep. COTANDA SANCHO, S. (1991). "Antecedentes históricos del proceso de socialización de la enfermería española. Desarrollo normativo (1904/1935)". *Enfermería Científica*, 111:28-36.
- BERNIS CARRO, Carmen. CÁMARA GONZÁLEZ, Cristina. (1982). "La mujer y la medicina". En Durán. *Liberación y utopía*. Madrid: Akal, 205-230.
- BERRIOT-SALVADORE, Evelyne. (2000). "El discurso de la medicina y de la ciencia". En Duby.; Perrot. *Historia de las mujeres. Del Renacimiento a la Edad Moderna*. Madrid: Taurus, 385-402.
- BESTARD, Joan. (1996). "Prólogo". En Douglas *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.
- BLANCO, Juan Francisco. (1986). *Usos y costumbres del nacimiento, matrimonio y muerte en Salamanca*. Salamanca: Diputación de Salamanca.
- BODOQUE, Yolanda. MONTES, M^a Jesús. (2003). "El cuerpo del embarazo: poder, discursos y representaciones". *IX Congreso de Antropología FAAEE. Simposio 6: Cultura, poder y salud*. Soporte CD.
- BORNAY, Erika. (1990). *Las hijas de Lilith*. Madrid: Cátedra.
- BOURDIEU, Pierre. (1986). "Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo". En Alvarez-Uría.; Varela. (Eds.), *Materiales de sociología crítica*. Madrid, La piqueta, 183-194
- (1988). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
- (1994). *Per a una sociología reflexiva*. Barcelona: Herder.
- (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama
- BOURREL, Micheline et André. JEANSON, Colette. (1957). *La méthode complète de préparation a l'accouchement sans douleur*. París: Éditions du Seuil.

- BRUIT ZAIDMAN, Louise. (2000). "Las hijas de Pandora. Mujeres y rituales en las ciudades". En Duby.; Perrot. *Historia de las mujeres. La antigüedad*. Madrid: Taurus, 394-444.
- BUMM, Ernesto. (1940). *Tratado completo de Obstetricia escrito para los estudiantes y médicos*. Sexta edición española traducida de la décimocuarta alemán en 1906. Barcelona: Francisco Seix.
- BURIN, Mabel. MONCAR, Esther. VELAZQUEZ, Susana. (1990). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Barcelona: Paidós.
- CABRÉ I PAIRET, Montserrat. (1988). "Formes de cultura femenina a Catalunya Medieval". En Mash. *Més enllà del silenci: les dones a la historia de Catalunya*. Generalitat de Catalunya. Comissió Interdepartamental de Promoció de la Dona: Elfos, 31-52
- (1996). "Mujeres científicas e historias "científicas". Una aproximación al pasado desde la experiencia femenina" En Ortíz Gómez.; Becerra Conde (eds.), *Mujeres de Ciencias. Mujer, Feminismo y Ciencias Naturales, Experimentales y Tecnológicas*. Granada: Instituto de Ciencias de la Educación, 13-32.
- CABRÉ I PAIRET, Montserrat. ORTÍZ GÓMEZ, Teresa. (2001). *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*. Barcelona: Icaria.
- CANALS, Josep. (1992). "La imagen femenina de la Enfermería". *Rol de Enfermería*, 172:29-33.
- (1995). "La autoatención y los grupos de ayuda mutua dentro de los procesos asistenciales sanitarios". En Zallas y Pérez (comp). *Por una vejez activa*. Madrid. Fundación Caja de Madrid: Informe técnico, 1:25-44
- (1998). "Cuidar y curar. Funciones femeninas y saberes masculinos". En Martínez Hernández, Comelles y Miranda Aranda. *Antropología de la medicina. Una década de Jano*. Zaragoza: Trabajo Social y Salud, 29:197-199.
- CANALS, Josep. ROMANÍ, Oriol. (1996). "Médicos, medicina y medicinas: del sacerdocio al marketing" *Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura*, 25:51-61.
- CAPELL MARTÍNEZ, Rosa M^a (1986). *El trabajo y la educación de la mujer en España (1900-1930)*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Cultura.
- CARBONELL ESTELLER, Montserrat. (1989). "Hecho y representación sobre la desvalorización del trabajo de las mujeres (siglos XVI-XVIII)". En *Actas de las VII jornadas de Investigación Interdisciplinaria. Mujeres y Hombres en la formación del pensamiento occidental*. Vol II; 157-172.
- CARMONA ALFÉREZ, M^a Dolores. POLONIO ARMADA, Josefa. (1997). "La hechicería como oficio a través de los documentos inquisitoriales". En Ramos y Vera (eds) *El trabajo de las mujeres. Pasado y presente*. Actas del congreso internacional. Seminario de Estudios Interdisciplinarios. Universidad de Málaga, Tomo I; 195-204.
- CARO BAROJA, Julio. (1977). *Los pueblos del Norte*. San Sebastián: Txertoa (3^o Ed).
- (1995). *Las brujas y su mundo*. Duodécima impresión. Madrid: Alianza.

- CARRÉ, Antonia. (1996). "El cuerpo de las mujeres: medicina y literatura en la Baja Edad Media". *Arenal. Revista de Historia de las mujeres*. Universidad de Granada: Instituto de la Mujer, 75-90.
- CARRERA MACIÁ. (1978). *Tratado y Atlas de Operatoria Obstétrica*. Barcelona: Salvat.
- CASTEL, Robert. (1986). "De la peligrosidad al riesgo". En Álvarez-Uría.; Varela. (eds.), *Materiales de Sociología crítica*. Madrid, La Piqueta, 219-243.
- (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Barcelona: Paidós.
- CASTELLSAGUER, Joaquin. (1924). *Maternidad. Tratado de maternología. Medicina, higiene, moral y jurisprudencia del matrimonio, embarazo y parto*. Mataró: H. Abadal Editores.
- CASTRO, Roberto. ERVITI, Joaquina. (2002). "La violación de los derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio". En Rico.; Lopez.; Espinoza. (coords.), *Hacia una política de salud con enfoque de género*. México: SSA-UNIFREM, 245-263
- CASTRO MANRIQUE, Emilia. (1994). "Orígenes de la Enfermería y sus antecedentes históricos en la Universidad de Valladolid (de la Ley de Moyano a la II República, 1857-1936)". *Enfermería Clínica*, 4-5;205-208.
- CHALMERS, B. MANGIATERRA, V. PORTER, R. (2001). "WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course". *Birth*, 28:202-207.
- CHETLEY, Andrew. (1995). *Medicamentos problema*. Oficina de Coordinación de AIS Lac. Acción para la Salud. Perú: Edición Roberto López Linares.
- COMAS D'ARGEMIR, Dolors. (1992). "Relaciones de género y cambio social en Europa. Sobre el apoyo y el cuidado" Coloquio *The anthropology of Europe: 1992 and after*. Goldsmiths' College: University of London.
- (1995). *Trabajo, género y cultura. La construcción de la desigualdad entre hombres y mujeres*. Barcelona: Icaria.
- (1996). "Economía, cultura y cambio social". En Prat y Martínez (Eds). *Ensayos de Antropología Cultural*. Barcelona: Ariel, 104 -113.
- (2000). "Mujeres, familia y Estado de bienestar". En Del Valle. (Edit.), *Perspectivas feministas desde la antropología social*. Barcelona: Ariel Antropología,187-204.
- COMELLES, Josep M^a. (1992). "Cuidar y curar. Bases para una historia antropológica de la enfermería hospitalaria". *Rol de Enfermería*, 172:35-41.
- (1994). "El papel del sistema de salud en la configuración de la demanda de servicios". III Seminario de planificación *El usuario como determinante de la oferta de servicios sanitarios*. Madrid: Comunidad de Madrid, 30-41.
- (1996). "Fe, carisma y milagros. El poder de curar y la sacralización de la práctica médica contemporánea". En González Alcantud.; Rodríguez Becerra. (eds.), *Crear y curar: la medicina popular*. Granada: Biblioteca de Etnología. Diputación Provincial de Granada, 301-336.
- (1997). "De l'assistència i l'ajut mutu com a categories antropològiques". *Etnología de Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. N^o.11.

- (1998). "El papel de los no profesionales en los procesos asistenciales". En Martínez Hernández.; Comelles.; Miranda Aranda. (comp.), *Antropología de la medicina. Una década de Jano (1985-1995)*. Zaragoza: Asociación Trabajo Social y Salud, 151-162.
- (1998 a). "Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales". En Martínez Hernández.; Comelles.; Miranda Aranda. (comp.), *Antropología de la medicina. Una década de Jano (1985-1995)*. Zaragoza: Asociación Trabajo Social y Salud, 135-150.
- (1998 b). "Atención primaria de salud. El difícil maridaje entre atención integral y atención institucional" En Martínez Hernández.; Comelles.; Miranda Aranda. (comp.), *Antropología de la medicina. Una década de Jano (1985-1995)*. Zaragoza. Asociación Trabajo Social y Salud, 251-265.
- CUADRI DUQUE, M^a José. (1985). "La ciencia y el arte de partear. Antecedentes históricos de la enfermería maternal". *Rol de Enfermería*, 84-85:13-16.
- CUADRI DUQUE, M^a José. (1988). "Propuesta de creación de la primera Academia de Matronas". *Higia*, 4:5-8.
- CUNNINGHAM, Gari et al. (1998). *Williams Obstetricia*. Buenos Aires: Panamericana, 20 Edición.
- D'AMELIA, Marina. (1997). *Storia della maternità*. Bari: Laterza.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. (2000). "Protocolos o riesgos añadidos". *Libro oficial de ponencias del I Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa*. Tenerife: Edit. Ob Stare, 117-119.
- (2001) "The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75:5-23. Disponible en: http://www.davis-floyd.com/art_index.html, consultado el 20-III-06.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. DAVIS, Elizabeth. (1996). " Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Homebirth" *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2):237-269.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. SARGENT Carolyn. (1997). *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-Cultural Perspectives*. (Edts.), Los Ángeles: University of California Press.
- DE HOYOS SAINZ, Luis. (1942). "Folklore del embarazo en España". *Anales de la Asociación Española para el Progreso*, Vol, 7:821-827.
- DE MIGUEL, Jesús. (1979). *El mito de la inmaculada concepción*. Barcelona: Anagrama.
- DEXEUS, Santiago. FARRÉ, José M^a. (1994). *La mujer, su cuerpo y su mente. Guía de psicología, sexualidad y ginecología*. Madrid: Fin de Siglo.
- DÍEZ MINTEGUI, Carmen. (1995). "Maternidad: ¿hecho natural?/¿Constructo ideológico?". *BiTARTE*, Vol.3, 7:81-93.
- (2000). "Maternidad y orden social. Vivencias del cambio". En Del Valle (edit) *Perspectivas feministas desde la Antropología Social*. Barcelona: Ariel, 155-185.
- DONNISON, Jean. (1977). *Midwives and medical men. A History of Inter-professional rivalries and women's rights*. London: Heinemann Educational Books, Lrd.
- DOUGLAS, Mary. (1991). *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Siglo XXI.

- (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.
- DOPICO, Fausto. (2000). "Ganando espacios de libertad. La mujer en los comienzos de la transición demográfica en España". En Duby y Perrot. *Historia de las mujeres. El siglo XIX*. Madrid: Taurus, 596-611.
- DUDEN, Barbara. (1996). "El concepto de "Vida": un ídolo moderno y una amenaza para las mujeres embarazadas". *Duoda. Revista de estudios feministas*. Universitat de Barcelona, 11:79-96.
- DURÁN, M^a Ángeles. (1987). *De puertas adentro*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- EHRENREICH, Bárbara. ENGLISH, Deirde. (1990). *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Madrid: Taurus.
- ESTEBAN, Mari Luz. (1993). "Hacia un discurso de las mujeres: propuestas metodológicas". En López Beltran. *Las mujeres en Andalucía*. Actas del segundo encuentro interdisciplinar de estudios de la mujer en Andalucía. Diputación Provincial de Málaga, 159-170.
- (1994). "La salud de las mujeres. Relecturas y revisiones necesarias". *Salud 2000*. VIII, 45:5-8.
- (1994-96). "Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico. *Kobie (Serie Antropología Cultural)*. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia, VII:17-39.
- (1997-1998). "El cuidado de la imagen en los procesos vitales. Creatividad y miedo al descontrol". *Kobie (Serie Antropología Cultural)*. Bilbao, VIII:27-54.
- (2000). "La maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre lactancia materna". En Perdiguero y Comelles. *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, 207-226.
- (2001). "El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud". En Miqueo et al. (comp.), *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva, 25-51.
- (2001a). *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Donostia: Gakoa.
- (2006). "El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico t Feminista". *Salud Colectiva*. Buenos Aires, 2(1):9-20.
- EYER, Diane E. (1995). *Vinculación madre-hijo. Una ficción científica*. Barcelona: Herder.
- FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, Isabel. (1994). *La revolución del nacimiento. En busca de un parto más humano y menos traumático*. Madrid: EDAF, S.A.
- FERNÁNDEZ GUILLÉN, Francisca. (2004): "El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la Atención Materno-Infantil". *Ob Stare. El mundo de la maternidad*. 12:53-61
- FERNÁNDEZ RUFETE, José. (2002). "El afecto perdido". En Perdiguero y Comelles *Medicina y cultura. Estudios entre la medicina y la cultura*. Barcelona: Bellaterra. 277-303.
- FERRO, Norma. (1991). *El instinto maternal o la necesidad de un mito*. Madrid: Siglo XXI
- FLECHA GARCÍA, Consuelo. (1995). "Mujeres en el mundo universitario: recuperar la memoria. En Ballarín Domingo.; Martínez López (eds.), *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas*. Universidad de Granada. Instituto de estudios de la Mujer, 37-50.

- FOUCAULT, Michel. (1986). "Por qué hay que estudiar el poder: la cuestión del sujeto". En Álvarez-Uría.; Varela. (Eds.), *Materiales de sociología crítica*. Madrid: La Piqueta, 25-36.
- (1990). *La vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta.
- (1992). *Historia de la sexualidad 1, La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- FRANKLIN, Sarah. (1990). "Deconstructing Desperatenes: the social construction of infertility in popular representations of new reproductive technologies. En McNeil. Varcoe.; Yearley (eds.), *The New Reproductive Technologies*. London Macmillan, 200-229.
- (1995). "Postmodern Procreation: A Cultural Account of Assisted reproduction". En Ginsburg.; Rapp (eds.), *Conceiving the New World Order*. London: University of California Press, 323-345.
- (1998). "Making Miracles: Scientific Progress and the Facts of Life". En Franklin.; Ragoné (eds.), *Reproducing Reproduction*. Philadelphia: University of Pensilvania Press, 102-117.
- (1999). " Making representations. The parliamentary debate on the human Fertilisation and Embriology Act". En VV.AA. *Tecnologies of Procreation*. London: Rout Ledge.
- FREIDSON, Eliot. (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- FRESNEDA, Carlos. (2004). "Cesáreas a la carta". *El Mundo. Ciencia*. 17-V. pp: 43
- FREYERMUNT, Graciela. (1993). *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*. Instituto Chiapaneco de Cultura. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social- Sureste.
- FRUGONI, Chiara. (1994). "La mujer en las imágenes, la mujer imaginada". En Duby.; Perrot. *Historia de las mujeres. La Edad Media*. Madrid: Taurus, 419-467.
- FUENTES, María. (2001). *Mujeres y salud desde el sur. Experiencias y reflexiones desde una perspectiva de género*. Barcelona: Icaria.
- FUENTES CABALLERO, Teresa. (1996). "Costumbres privadas e interés público. La lactancia materna en la literatura médica de divulgación. Barcelona, 1880-1890". *Dynamis*, 16:369-397.
- (1997). "Ser nodriza en Barcelona: una posibilidad de supervivencia al final del siglo XIX". *Anuario de las Hojas de Warmi*, 8:81-93.
- GADAMER, Hans-George. (1996). *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa.
- GARCÍA ESTÉBANEZ, Emilio. (1992). *¿Es cristiano ser mujer?* Madrid: Siglo XXI
- GARCÍA MARTINEZ, Antonio, C.; GARCÍA MARTINEZ, Manuel, J.; VALLE RACERO, Juan, I. (1996/1997). "La imagen de la matrona en la Baja Edad Media. *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería*, 3-4:61-82.
- GARCÍA MARTINEZ, Antonio, C.; GARCÍA MARTINEZ, Manuel, J.; VALLE RACERO, Juan, I. (1994). "Registro y control de las matronas por la iglesia Hispalense". *Hiades, Revista de la Historia de la Enfermería*, 1:13-33.
- GARCÍA MARTÍNEZ, Manuel, J; GARCÍA MARTÍNEZ, Antonio M^a C. (1998-1999). "Fechas claves para la Historia de las Matronas en España". *Hiades*, 5-6:243-260.

- GARCÍA MARTÍNEZ, Manuel J.; VALLE RACERO Juan I.; GARCÍA MARTINEZ Antonio M^a C. (1993). "Parteras y Matronas: su instrucción en el siglo XVIII (1^a parte)". *Higia*, 26:30-33.
- GODELIER, Maurice. (1986). *La producción de grandes hombres. Poder y dominación masculina entre los baruya de Nueva Guinea*. Madrid: Akal.
- (1990) *Lo ideal y lo material*. Madrid: Taurus.
- GOFFMAN, Erving. (1992). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu. (1^o Ed inglés, 1961; 1^o castellano 1970).
- GOMEZ Amparo.; PERDOMO Inmaculada. (1993). "El eterno femenino: hormonas, cerebro y diferencias sexuales". *Arbor. Ciencia, pensamiento y Cultura*, CXLIV, 565:109-140.
- GONZÁLEZ, Carlos.; FUNES, Jaume.; GONZÁLEZ, Sergi.; MAYOL, Imma.; ROMANÍ, Oriol.; (1989). "Sociedad y símbolos: el proceso de creación y transformación de las imágenes culturales". En *Repensar las drogas*. Barcelona: Grupo IGIA, 13-24.
- GONZÁLEZ DE CHAVEZ, M^a Asunción. (1994). "Maternidad: entre ideales y realidades". *Mujeres*, 15:24-25.
- (1999). "La maternidad: volviendo (a ser) como la madre". En González Chavez (Coopm.), *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*. Madrid: Siglo XXI, 33-86.
- (2004). "Maternidad y paternidad: el ideal maternal". *A tu salud*, (12) 45:16-21.
- GOOD, Byron J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- GOODRICH, Frederick. (1966). *Maternidad sin dolor. Guía completa de la futura madre*. Madrid: Daimón, (3^o Ed).
- GRIMBERG, Mabel. (1998). "VIH/SIDA y proceso salud-enfermedad-atención: Construcción social y relaciones de hegemonía". Proyecto LUSIDA PNUD. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación de Buenos Aires.
- GUNTHER, Mary.E. (2002). "Martha Rogers. Seres humanos unitarios". En Marriner Tomey.; Raile Alligood. *Modelos y teorías de enfermería*. Barcelona: Mosby, 5^o Ed. 226-249.
- GUTMAN, Laura. (2006). *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Barcelona: Editorial del Nuevo Extremo. RBA. Integral.
- HARAWAY, Donna, J. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Valencia: Cátedra.
- HARRIS, Marvin.; ROSS Eric, B. (1987). *Muerte, Sexo y Fecundidad. La regulación demográfica en las sociedades preindustriales y en desarrollo*. Madrid: Alianza.
- HAYS, Sharon. (1998). *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Barcelona: Paidós.
- HECQUET, Philippe. (1990). *De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes (1707)*. París: Côté-femmes éditions.
- HERITIER, Fañçoise. (1996). *Masculino y Femenino. El pensamiento de la diferencia*. Barcelona: Ariel.
- HILPERN, Kate. (2003). "The unspeakable trauma of childbirth". En: <http://www.smh.com.au/articles> Consultado 13-3-2006.

- HORNO GONZALEZ, Miguel. (1980). "La matrona española. Una profesión en crisis. *Rol de enfermería*, 28:53-64.
- HORVATH CEA, Cristina. (1999). "La importancia del padre –antes, durante y después del nacimiento de su hijo/a (Observaciones desde el ámbito de la preparación al parto psicoprofiláctica) Tu serás el padre de mi hijo". En González Chávez. (comp.), *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*. Madrid: Siglo XXI, 87-110.
- ILLICH, Ivan. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- IMAZ MARTINEZ, Elixabete. (2001). "Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas de un cuerpo fronterizo". Universidad del País Vasco. *Política y Sociedad*, 36:97-111.
- (2002). "Tres lecturas del cuerpo materno. Antojos, anemias y ecografías". *IX Congreso de Antropología FAAEE. Simposio 6: Cultura poder y salud*. Soporte CD.
- INCH, Sally. (1982). *Birthrights*. London: Green Print.
- IZQUIERDO, M^a Jesús. (1983). *Las, los, les (lis. lus). El sistema de sexo/género y la mujer como sujeto de transformación social*. Barcelona: La Sal.
- JAMES, D.K.; STIRRAT, G.M. (1991). *Embarazo y riesgo*. Sevilla: Alfar.
- JOAQUIM, Teresa. (1983). *Dar à luz. Ensaio sobre as práticas e crenças de gravidez, parto e pós-parto em Portugal*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- JODELET, Denise. (1991). *Les représentations Sociales*. París: Presses Universitaires de France.
- JORDAN, Brigitte. (1993). *Birth in four cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Montreal: Eden Press Women's Publications, 1^o Ed. 1978.
- JUAN JEREZ, Montserrat. (1991). "Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción". *REIS*, 53:29-51.
- (1995). "Tecnología y filiación". *V Congreso Español de Sociología*. Granada.
- JUAN JEREZ, Montserrat.; RODRIGUEZ DÍAZ, Josep. (1994). "El cuerpo humano ante las nuevas tecnologías médicas. Hacia una redefinición del nacimiento y la muerte. *REIS*, 68:173-196.
- JULIANO, Dolores. (1998). *Las que saben. Subculturas de las mujeres*. Madrid: Horas y Horas.
- JUNGE, Patricia. (2002). "Nuevos paradigmas de la Antropología Médica". *Cuarto Congreso Chileno de Antropología*. Simposio: Los desafíos de la Antropología: Sociedad Moderna, Globalización y Diferencia. En <http://csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/s1201.html> (1-12-205)
- JUNCEDA AVELLÓ, Enrique. (1980). *Etnografía e historia de la Ginecología en Asturias*. Gijón: Arcano.
- KITZINGER, Sheila. (1997). "Authoritative Touch in Childbrth: A Cross-Cultural Approach. En Davis-Floyd.; Sargent. (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledg: Cross-Cultural Perspectives*. Los Ángeles: California Press.

- KLEINMAN, Arthur.; KLEINMAN, Joan. (2000). "Lo moral, lo político y lo médico. Una visión sociosomática del sufrimiento". En Gonzalez.; Comelles. *Psiquiatría Transcultural*. Madrid: Asociación Española de neuropsiquiatría, 13-35.
- KNIBIEHLER, Ivonne. (1995). "La medicalisation de l'accouchement des années 1920 aux années 1970". En VV.AA. *L'heureux événement: une histoire de l'accouchement*. Paris: Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 101-111.
- (2000). "Cuerpos y corazones". En Dubi.; Perrot. *Historia de las mujeres. El siglo XIX*. Madrid: Taurus. 339-388.
- KNIBIEHLER, Yvonne.; FOUQUET, Catherine. (1983). *La femme et les médecins. Analyse Historique*. Paris: Hachette.
- LAIN ENTRALGO, Pedro. (1983). *La relación médico enfermo*. Madrid: Alianza Universidad.
- LAQUEUR, Thomas. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Valencia: Cátedra.
- LAURENT, Sylvie. (1989). *Naitre au Moye Age. De la conception a la naissance: la grossesse et l'accouchement (XII-XV siècle)*. París: Le Léopard d'Or.
- LEACH, Edmund. (1993). *Cultura y comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos*. Madrid: Siglo XXI. (5ª Ed).
- LEBOYER, Frederick. (1980). *Por un nacimiento sin violencia*. México: Daimon.
- LE BRETON, David. (1994). "Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia". *REIS*, 68:197-210.
- (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos aires: Nueva Visión.
- LÉVI STRAUSS, Claude. (1995). *Antropología estructural*. Barcelona: Paidós.
- LIMÓN DELGADO, Antonio.; CASTELLOTE, Eulalia. (1980). "La medicina popular en torno al embarazo y parto a principios de siglo". En Kenny.; De Miguel. *Antropología Médica en España*. Barcelona: Anagrama, 227-265.
- LOPEZ CEREZO, José A.; LUJÁN, José Luis. (2001). "Hacia un nuevo contrato social para la ciencia: evaluación del riesgo en contexto social". En López Cerezo.; Sánchez Ron (eds.), *Ciencia, tecnología, Sociedad y Cultura en el cambio de siglo*. Madrid: Biblioteca Nueva, 135-153.
- LOPEZ PIÑERO, José Mª. (1988). "Prólogo". En Álvarez Ricart. *La mujer como profesional de la medicina en la España del siglo XIX*. Barcelona: Anthropos, 15-18.
- LOPEZ TIMONEDA, Francisco. (2003). "Analgésia y Anestesia Obstétrica". En Carrillo Rodríguez. (Coord.), *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Madrid: Panamericana, 447-455.
- LLAMAS, Ricardo. (1995). *Construyendo sidentidades. Estudio desde el corazón de una pandemia*. Madrid: SIGLO XXI.
- MARTÍ, Eduardo.; COMELLES J, María.; ARNAU, Marina. (1993). "El proceso de medicalización de los hospitales catalanes: el caso del Pius Hospital de Valls". *Dynamis*,13:201-234.

- MARTIN, Emily. (1992). *The woman in the body. A Cultural Análisis of Reproducción*. Boston: Beacon Press, 1º Ed: 1987.
- MARTÍNEZ-BURGOS, Palma. (2000). "Experiencia religiosa y sensibilidad femenina en la España Modern". En Duby.; Perrot. *Historia de las mujeres. Del Renacimiento a la Edad Media*. Madrid: Taurus, 598-613.
- MARTINES DE LA RIBA. A.; CABERO, L. (1996). "Assistència prenatal en l'embaràs normal". En Vanrell.; Iglesias.; Cabero. *Manual de Obstetrícia y Ginecología per a pregraduats*. Barcelona: Universitat de Barcelona. 65-78.
- MARTINEZ HERNÁNDEZ, Angel.; COMELLES, Josep María. (1994). "La medicina popular. ¿Los límites culturales del modelo médico?. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*. CSIC. Tomo XLIX. Cuaderno Segundo, 109-136.
- MARTINEZ MOLINA, Ana. (1994a). *Estudio Histórico de la Enfermería en España. I . La profesión de la matrona según el tratado de Damián Carbó (Siglo XVI)*. Valencia: Fundación Enfermería Internacional.
- (1994 b). *Estudio Histórico de la Enfermería en España. II. La profesión de la matrona según el tratado de Luis Lobera de Ávila. (Siglo XVI)*. Valencia: Fundación Enfermería Internacional.
- (1995a). *Estudio Histórico de la Enfermería en España. III. La profesión de la matrona según el tratado de Núñez de Coria. (Siglo XVI)*. Valencia: Fundación Enfermería Internacional.
- (1995b). *Estudio Histórico de la Enfermería en España. La profesión de la matrona según el tratado de Juan Alonso Ruyzes de Fontecha*. Valencia: Fundación Enfermería Internacional.
- MARTINEZ VARGAS, Andrés. (1924). "Prólogo". En Castellsaguer. *Maternidad. Tratado de maternología. Medicina, higiene, moral y jurisprudencia del matrimonio, embarazo y parto*. Mataró: H.Abadal Editores, I-VI.
- MASERAS RIBERA, Miguel. (1920). *Maternidad. Instrucciones para el embarazo, parto y puerperio*. Barcelona: Librería Síntes.
- MATHIEU, Nicole-Claude. (1991). *L'anatomie politique*. París: Côté-Femmes Éditions.
- MELLADO, Virginia.; ZOLLA, Carlos.; CASTAÑEDA, Xochilt. (1989). *La atención al embarazo, al parto y el puerperio en el medio rural mexicano*. México: Ciesas.
- MENDEZ, Lourdes.; MOZO Carmen. (1999). "Cuerpos, géneros y sexualidades: encrucijadas teóricas y políticas". En Díaz Mintegui.; Esteban Galarza (coords.), *Antropología del género. 2*. VIII Congreso de Antropología. Santiago de Compostela. Asociación Galega de Antropoloxía.
- MENENDEZ, Eduardo. (1984). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Ciesas. México: Cuadernos de la Casa Chata, 86.
- (1990). *Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones*. Ciesas México: Cuadernos de la Casa Chata, 179.
- (1998). "Estilos de vida, riesgo y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes". *Estudios Sociológicos*. México: El Colegio de México, 46:37-68.

- (2000). "Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos". En Perdiguero.; Comelles. (eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Bellaterra, 163-188.
- (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Bellaterra.
- MENENDEZ, Eduardo.; DI PARDO, Renée. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. Ciesas. México: Casa Chata.
- MOIA, Marta. (1981). *El no de las niñas. Feminario Antropológico*. Barcelona: La Sal.
- MONLEÓN, Francisco J.; DOMÍNGUEZ, Rafael.; MÍNGUEZ SANZ, José Angel. (1993). "Asistencia al parto normal". En *Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia*. Sociedad Española de Ginecología y Obstetrica. SEGO. Madrid.
- MONTES, M^a Jesús. (1999^a). "Medicalización reproductiva o la alienación del cuerpo". *Enfermería Clínica*, 9, (5):206-212.
- (1999b), "Rituales femeninos. Hacia la maternidad". *Rol de Enfermería*, 22(12):836-869.
- (2001), "Sanadoras, parteras y comadronas". En, Grup de recerca GRÊC. (Comp.), *Els papers socials de les dones I*. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona: Silva Editorial, 163-174.
- MONTES M^a Jesús.; BODOQUE, Yolanda. (2003). "Cuerpo y nacimiento. Análisis antropológico del poder en la reproducción de los cuerpos" *IX Congreso de Antropología FAAEE. Simposio 6: Cultura poder y salud*. Soporte CD.
- MONTIEL, Luis. (1997). "Las trampas de la prevención: peligros ocultos en un discurso médico hegemónico". En, Montiel,; Porras (Coords.), *De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima*. Madrid: Doce Calles, 253-265.
- MOORE, Henrietta. (1996). *Antropología y Feminismo*. Madrid: Cátedra.
- MOREL, Mari-France. (1978). "Mère, enfant, médecin: la médicalización a la petite enfance en France (XVIII-XIX siècles)". En Imhof Arthur. *Les Hommes et la santé dans l'histoire*. Colloque International à Berlin. Berlin, 301-313.
- MORENO, Amparo.; SOTO, Pilar. (1994). "La madre feliz: el regreso de un mito". *Viento Sur*, 16:107-117.
- MORENO RODRIGUEZ, Rosa M^a. (1995). "La ideación científica del ser mujer. Uso metafórico de la doctrina galénica". *Dynamis*, 15:107-149.
- NAROTZKY, Susana. (1988). *Trabajar en familia. Mujeres, hogares y talleres*. Valencia: Edit. Alfons el Magnànim.
- (1995). *Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales*. Monografías, 14. CSIC.
- NASH, Mary. (1984). *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*. Barcelona: Serbal.
- (1996). "Pronatalismo y maternidad en la España franquista. El Bock y Thane. *Maternidad y políticas de género*. Madrid: Cátedra.
- (2000). "Maternidad, maternología y reforma eugénica en España. 1900-1939". En Duby y Perrot. *Historia de las mujeres. El siglo XX*. Madrid: Taurus, 687-703.

- ODENT, Miche. (2000). "La visión de la investigación en salud primal". Libro oficial de ponencias del *I Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa*. Edit: Ob Stare. 157-162.
- (2003). "La primera hora siguiente la nacimiento" *Ob Stare*, 9:25-28.
- (2005). "El nacimiento de los mamíferos humanos" *Ob Stare*, 19:57-63
- O'DOWD, Michael J. PHILIPP, Elliot, E. (1994). *Historia de la ginecología y la obstetricia*. Barcelona: Edika Med.
- OPITZ, Claudia. (1994). "Vida cotidiana de las mujeres en la Baja Edad Media (1250-1500). En Duby.; Perrot. *Historia de las mujeres. La Edad media*. Madrid: Taurus, 321-400.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1999). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: (<http://www.WHO/FRH/MSM>). Editado en Castellano por la Asociación Nacer en Casa.
- ORTÍZ GÓMEZ, Teresa. (1993). "El discurso médico sobre las mujeres en la España del primer tercio del siglo veinte". En, López Beltrán. (Coord.), *Las mujeres en Andalucía*. Actas del 2º encuentro interdisciplinar de estudios de la mujer en Andalucía. Tomo I. Diputación Provincial de Málaga, 107-138.
- (1996a) "Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía". *Dynamis. Acta Hispánica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustradam*, 16:109-120.
- (1996b). "La instrucción de las matronas en la Europa moderna. ¿Liberación o subordinación?". En Segura Graíño.(comp.), *De leer a escribir. La educación como arma de liberación de las mujeres*. Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas. (en prensa).
- (1997). "Género y estrategias profesionales. La formación de las matronas en la España del siglo XVIII". En Ramos.; Vera (eds.), *El trabajo de las mujeres. Pasado y presente*. Actas del Congreso internacional. Tomo III. Seminario de Estudios Interdisciplinarios. Universidad de Málaga, 229-238.
- (1999). "Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX". *Arenal*, 6 (1):55-79.
- ORTÍZ GOMEZ, Teresa.; SANCHEZ, Dolores. (1995). "La experiencia escrita de las matronas. Siglo XVIII". En Ballarín Domingo.; Martínez Lopez. (eds.), *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterraneas*. Universidad de Granada, 239-246.
- ORTNER, Sherry. (1979). "¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?". En Harris.; Young (comp.), *Antropología y feminismo*. Barcelona: Amagrama, 109-131.
- OSBORNE, Raquel. (1993). *La construcción sexual de la realidad*. Madrid: Cátedra.
- OSORIO CARRANZA, Rosa María. (2001) *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. CIESAS, INAH,INI. México.

- (1999). "Antropología del género y Antropología médica: convergencias posibles y necesarias".
Ankulegi. Revista de Antropología social. Número especial: Antropología Feminista. Desafíos técnicos y metodológicos. Donostia, 62-70.
- OTEGUI, Rosario. (2000). "Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento". En Perdiguero.; Comelles. (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, 227-248.
- PARE, Ambroise. (1993). *Monstruos y prodigios*. Madrid: Siruela.
- PERDIGUERO, Enrique. (1995). "Popularización de la higiene en los manuales de economía doméstica en el tránsito de los siglos XIX al XX". En Barona. (Edit.), *Trobades: Malaltia i Cultura*. Seminari d'estudis sobre la Ciència. Valencia, 225-250.
- PERDIGUERO GIL, Enrique.; BERNABEU MESTRE, Josep. (1997). "Burlarse de lo cómico nacido de la tontería humana: el papel otorgado a la población por la divulgación higiénico-sanitaria durante la restauración". En Montiel.; Porras. *De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima. El papel del paciente en la prevención de la enfermedad*. Madrid: Doce Calles, 55- 66.
- PIZZA, Giovanni. (2005). "Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, "capacidad de actuar" (agency) y transformaciones de la persona". *Revista de Antropología Social*, 14:15-32.
- PIZZINI, Franca. (1981). Il parto in ospedale: tragitto della donna e rituali dell'istituciones. En Pizzini (coord.), *Sulla scena del parto: luoghi, figure, pratiche*. Milano: Franco Angeli Editore, 129-147.
- (1989). "The expectant mother as patient: a research study in Italian maternity wards". *Health Promotion*. Oxford University Press, 4; 1:1-10.
- PLANELLAS, A. (1891). "Apéndice al estudio del parto". En Auvard. *Tratado práctico de partos*. Barcelona: Biblioteca Ilustrada de Espasa y Cia. Editores, 359-394.
- PRICE, J. (1988). *Motherhood: What It Does Your Mind*. Londres: Pandora.
- PROTOCOLS DEL SEGUIMENT DE L'EMBARAS A CATALUNYA. (1998). *Generalitat De Catalunya*. Barcelona. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- PROTOCOL D'ASISTÈNCIA AL PARTO I AL PUERPERI ID'ATENCIÓ AL NADÓ. (2003). *Generalitat de Catalunya*. Barcelona. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- PUY, Ana. (1995). "Aceptabilidad social de los riesgos". *Estudios de Psicología*, 53:97-111.
- QUECEDO GUTIERREZ, Luis. (2003). "La analgesia en el parto: elementos para un debate con implicaciones para los pacientes y la sociedad". *Gestión Clínica y Sanitaria*, 5 (1):11.
- RANISIO, Gianfranca. (1998). *Venire al mondo. Credenze, pratiche, rituali del parto*. Roma: Meltemi.
- RAPP, Rayna. (1999). *Testing women, testing the fetus. The social impact of Amniocentesis in America*. London: Routledge.
- RICH, Adrienne. (1996). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Instituto de la Mujer. Valencia: Cátedra.

- RIVERA GARRETAS, María Milagros. (1988). "Dret i conflictivitat social entorn de les dones a la Catalunya pre-feudal i feudal". En Nash. *Més enllà del silenci: les dones a la historia de Catalunya*. Generalitat de Catalunya. Comissió Interdepartamental de Promoció de la Dona. Elfos, 53-71.
- RIVERA GARRETAS, María Milagros. (1995). *Textos y espacios de mujeres*. Barcelona: Icaria.
- ROBLES GONZÁLEZ, Elena.; BERNABEU MESTRES, Josep.; GARCÍA BENAVIDES, Fernando. (1996). "La transición sanitaria, una visión conceptual". *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XIV: 1:117-144.
- ROCA, Jordi. (1996). *De la pureza a la maternidad. La construcción del género femenino en la postguerra española*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
- RODRIGUEZ, Casilda.; CACHAFEIRO, Ana. (1995). *La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente*" Madrid: Madre Tierra.
- ROIGÉ VENTURA, X. (2002). "Nuevas familias, nuevas maternidades". *Matronas profesión*, 9:10-16.
- 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*. Madrid. Eudymión, 259-281.
- ROUSSELLE, Aline. (1989). *Porneia. Del dominio del cuerpo a la privación de lo sensorial*. Barcelona: Península.
- (2000). "El destino biológico de las mujeres: los datos ecológicos generales". En Duby.; Perrot. *Historia de las mujeres. La Antigüedad*. Madrid: Taurus, 340-357.
- SADLER, Michelle. (2003). *Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario*. Santiago. Universidad de Chile. Departamento de antropología. Tesis para optar al título de antropóloga.
- SALILLAS, Rafael. (1905). *La fascinación es España. (Brujas, brujerías , amuletos)*. Madrid: Eduardo Arias.
- SALTZMAN, Janet. (1989). *Equidad y género. Una teoría integrada de estabilidad y cambio*. Madrid: Cátedra.
- SANCHEZ ARCAS, Ruperto. (1970). "La sustitución de las matronas por los cirujanos en Europa y en España (siglo XVII y sucesivos)". *Acta obstétrica Ginecológica Hispanp-Lusitana*, 4 (18); 235-248.
- SANCHEZ ARCAS, Ruperto. (1971). "Las comadronas españolas a través de los tiempos". *Surgere*, 145:2-24.
- SANCHEZ GONZÁLEZ, Natividad.; ORTEGA MARTÍNEZ, Carmen.; ELBAL MORENO, Luisa. (1996). "La matrona". En *Historia de la Enfermería a través de las Instituciones de Castilla –La Mancha*. Albacete: Gráficas Cano, 157-190.
- SAU, Victoria. (1993). *Ser mujer: el fin de una imagen tradicional*. Barcelona: Icaria.
- (1995). *El vacío de la maternidad*. Barcelona: Icaria.
- (2000). *Reflexiones feministas para principios de siglo*. Madrid: Horas y Horas.

- SCHEPER-HUGHES, Nancy. (1997). *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy.; LOCK, Margaret. (1987). "The mindful body: a prolegomenon to future work in Medical Anthropology". *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (1):6-41.
- SEGURA GRAÍÑO, Cristina. (1993). "Morbilidad femenina diferencial en Andalucía a finales del siglo XVIII. En Lopez Beltrán (coord.), *Las mujeres en Andalucía*. Actas del 2º encuentro interdisciplinar de estudios de la mujer en Andalucía. Tomo II. Servicio de Publicación Diputación Provincial de Málaga, 219-226.
- SHERIDAN, Bridgette. (2001). "De parto: la medicina, el estado moderno y la matrona real Louise Bourgeois (Francia, siglo XVII). En Cabré.; Ortíz (eds.), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*. Barcelona: Icaria, 143-164.
- SIMÓN PALMER, Mª del Carmen. (1985). "La maternidad en España: ciencia y superstición. *Asclepio* XXXVII: 257-278.
- SIMÓN PALMER, Mª del Carmen. (1997). "Cuerpo pensado, cuerpo vivido. Normas y transgresiones en la España del siglo XIX". *Arenal. Revista de Historia de las Mujeres*. 4.1:39-57.
- SISSA, Guilia. (2000). "Filosofías de Género: Platón, Aristóteles y la diferencia sexual" En Duby. Perrot. *Historia de las mujeres. La antigüedad*. Madrid: Taurus, 89-135.
- STOLKE, Verena. (1988). "New reproductive technologies: The old quest for fatherhood". *Reproductive and Genetic Engineering*, 1:5-19.
- (1998). "El sexo en la biotecnología". En Durán y Riechmann (Coord). *Genes en el laboratorio y en la fábrica*. Madrid: Trotta.
- TABOADA, Leonor. (1978). *Cuaderno feminista. Introducción al Self-help*. Colección: Las desobedientes. Barcelona: Fontanella.
- TAUSSING, Michael. (1995). "La reificación y la conciencia del paciente". En *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como un sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona: Gedisa, 110-143.
- TAYLOR, S.J.; BOGDAN, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- TERRÉ RULL, Carmen. (1997). "La matrona en España. Historia de una profesión. En Towler. Bramall. *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona: Masson, 373-383.
- THIS, Bernard. (1982). *El padre: acto de nacimiento*. Barcelona: Paidós.
- TIBÓN, Gutierre. (1992). *La triade prenatal. Cordón, placenta y amnios. Supervivencia de la magia paleolítica*. México: Fondo de Cultura Económica. 1º Ed. 1981.
- THOMASSET, Claude. (2000). "La naturaleza de las mujeres" En Duby.; Perrot. *Historia de las mujeres. La Edad Media*. Barcelona: Taurus, 72-104.
- THOMSON, A. (2000). ¿Existe la evidencia científica para la medicalización de los cuidados maternos?. *MIDIRS, Midwifery Digest*. 10 (4):416-420.
- THORWALD, Jürgen. (1970). *El siglo de los cirujanos*. Barcelona: Destino.

- TOWLER, Jean. BRAMALL, Joan. (1997). *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona: Masson.
- TROUSSEAU. (1879). "De la infección purulenta". En *Clínica Médica del Hotel-Dieu de París*. Tomo IV. Madrid: Imprenta Médica de Álvarez Hermanos, 527-562. 4ª Ed.
- TUBERT, Silvia. (1996). "Introducción". En Tubert (ed). *Figuras de la madre*. Madrid: Cátedra, 7-37.
- TURNER, Bryan, S. (1989). *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*. México: F.C.E.
- TURNER, Victor. (1988). *El proceso ritual*. Madrid: Taurus.
- TYLOR, Edward. (1975). "La ciencia en la cultura". En Kahn, J.S. (comp.), *El concepto de cultura: textos fundamentales*. Barcelona: Anagrama.
- URIBE OYARBIDE, José María. (1994). "Tiempo y espacio en atención primaria de salud" *Reis*, 67:133-164.
- (1996). *Educación y curar. El diálogo cultural en atención primaria*. Madrid: Ministerio de Cultura.
- (1998). "Promoción, prevención y educación en salud ¿Nuevos significantes para viejos significados?". En: Martínez Hernández.; Comelles.; Miranda Aranda. (Comp.), *Antropología de la medicina. Una década de Jano*. Zaragoza: Asociación Española de Trabajo Social y Salud, 299-311.
- (2002). "Bioética, ciudadanía y biopoder. La reproducción institucional de los poderes médicos" *Actas del IX Congreso d'Antropología FAAEE*. Simposio 6: Cultura, Poder y Salud. Barcelona, Soporte CD.
- USANDIZAGA, Manuel. (1944). *Historia de la Obstetricia y de la Ginecología en España*. Santander: Aldus.
- (1970). "Cuidados a la madre y al recién nacido según el arte medieval catalán" *Acta Obstétrica y Ginecológica Hispano Lusitana*. Barcelona, 4:3-73
- VALLE RACERO, Juan.; GARCÍA MARTÍNEZ, Manuel I. (1994). "Las matronas en la Historia. Un estudio del siglo XIX. *Rol de Enfermería*, 187:61-67.
- VANDER, Adrian. (1981). *Parto sin dolor*. Barcelona: Editorial Sintés.
- VAN GENNEP, Arnold. (1986). *Los ritos de paso*. Madrid: Taurus. 1ª Ed. 1969.
- VARELA, Julia. (1988). "La Educación Ilustrada o como fabricar sujetos dóciles y útiles". *Revista de Educación*, Nº extra; 245-274.
- VARNIER, Henri. (1900). *La pratique des accouchements. Obstétrique Journalière*. París: G. Steinhell, Éditeur.
- VV. AA. (1982). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Colectivo del libro de Salud de las Mujeres de Boston.. Barcelona: Icaria.
- VERNY, Thomas.; KELLY, John. (1982). *La vida secreta del niño antes de nacer*. Barcelona: Argos Vergara.
- VÍA, Ramona. (1972). *Com neixen els catalans*. Barcelona: Club editor El Pi de les tres Branques.

- VILLENA, Isabel. (2001). "Comadronas, co-madres, com-plices". *Ob-Stare. El mundo de la maternidad*, 1:55-59.
- VV.AA. (1982). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Colectivo del libro de Salud de las Mujeres de Boston*. Barcelona: Icaria.
- ZOLA, Irving, K.. (1981). "El culto a la salud y la medicina inhabilitante" En Illich et al. *Profesiones inhabilitantes*. Madrid: Blumen, 37-59.
- WAGNER, Marsden. (1986). "L'organisation mondiale de la santé: quelle naissance pour l'an 2000?". En: *Enfanter. Le Lien mère-enfant-père*. París: Frison Roche, 291-295.
- (1989). "Nacer en Europa: realidad y perspectiva". Primeras Jornadas de Embarazo y Parto. Valencia. (sin publicar)
- (2000). "El nacimiento en el nuevo milenio". *Libro oficial de ponencias del I Congreso Internacional de parto y nacimiento en casa*. Jerez de la Frontera: Edit. Ob Stare, 11-28.
- WILES, Rose. (1996). "¡No estoy gorda, estoy embarazada!: el impacto del embarazo en La imagen del cuerpo de las mujeres gordas". En Wilkinson.; Kitzinger. *Mujer y Salud. Una perspectiva feminista*. Barcelona: Paidós, 41-55.
- WINSTON C.V.; PARRIS. (2000). "Historia de la medicina del dolor". En Prithvi Raj.P. *Tratamiento Práctico del Dolor*. Madrid: Harcourt, 1-10. 3º Ed.
- WORLD HEALTH ORGANIZACIÓN. (1985). "Appropriate technology for birth". *Lancet*, 2:436-437.

ANEXOS

GUIÓN DE ENTREVISTAS A MUJERES GESTANTES Y PAREJAS

EL EMBARAZO

Aspectos físicos y emocionales.

Circunstancias que rodearon al embarazo, decisión, planificación...

¿Qué le supone estar embarazada?. ¿Cómo se sientes? ¿Qué expectativas tiene respecto al embarazo? ¿Y a su hijo/a? ¿Le han surgido fantasías, miedos, preocupaciones? ¿Los puedes explicar?

Opinión del padre, respecto a las preguntas anteriores.

De la maternidad.

¿Qué es para usted la mater/paternidad? ¿Qué espera de ella? ¿Qué entiende por “ser madre”? ¿Qué le sugiere (ficticio o real) la maternidad?

¿Cómo explicaría el “deseo de ser madre”? ¿Qué considera que es “ser madre” para la sociedad y ser buena o mala madre? ¿Qué aspectos consideras positivos y cuales negativos de la maternidad?

Opinión del padre respecto a la mater/paternidad.

El cuerpo.

¿Cómo se ve físicamente? ¿Cómo ve a otras embarazadas? ¿Cómo percibe los cambios que se producen en su cuerpo? ¿Cómo se siente? ¿Cómo influyen estos cambios en su vida cotidiana? ¿Ha notado cambios en la forma de tratarle por parte de la pareja, familia, otras personas de dentro o fuera de tu círculo habitual?

¿Qué dice su pareja? ¿Tiene influencia en sus relaciones afectivas? ¿Cree que debe proporcionarse cuidados especiales? ¿Cuáles? ¿Cómo?.

El cuerpo ante la expectativa del parto ¿Cómo lo vive? ¿Le preocupa algo?

Opinión del padre respecto a estos aspectos.

Control del embarazo y relación con los profesionales.

¿A quién acude? (Médico, matrona. Seguridad Social, mutua, privado). ¿Cuántas visitas realizó hasta ahora y en qué han consistido? ¿Puede explicar cómo transcurren las visitas y cómo se sientes en ellas? ¿Va acompañada? ¿De quien? ¿Considera que te informan o en ellas se resuelven tus dudas? ¿Le piden su opinión o decisión sobre algunos aspectos? ¿Cuales?

¿Cómo considera sus relaciones con los/as profesionales? ¿Cómo se establecen?
¿Con qué percepción sale de la consulta? Si pudiera ¿Cambiar algo de esto
encuentros? ¿Se realiza otros controles o va a otros profesionales? ¿Cuáles?
Opinión de su pareja ¿Puede acompañarle a las visitas? ¿Qué supone para él? ¿ Qué
opina de los controles, relaciones y todos aquellos aspectos médicos?

Preparación a la maternidad.

¿Acudirá a la preparación? ¿Por qué? ¿Qué expectativas tiene respecto a ella?
¿Acude su pareja?
Después de la asistencia: Opinión ¿Le gustaría cambiar algo? ¿Cuál? ¿Ha influido en
sus expectativas respecto al parto? ¿De qué manera? ¿Hace alguna otra forma de
preparación?.
Opinión de la pareja. En qué medida considera si él debiera prepararse, si lo ve
necesario y porqué. ¿Cómo prepararse?.

DEL PARTO

¿Dónde sucederá el nacimiento? ¿Por qué?
¿Qué expectativas, ideas, ilusiones, miedos, sentimientos tiene respecto a él? ¿Le
preocupa algo ¿Qué es? ¿Cómo se lo imagina o cómo espera que suceda?.
Si pudieras intervenir ¿ Qué desearía? ¿Expuso o negoció alguno de sus deseos con
los profesionales? ¿Lo puede explicar? ¿Cómo se siente respecto a ello?
¿Desea la presencia de su marido? ¿Será posible?. ¿Puede explicarlo?
¿Qué espera del médico en su parto? ¿Y de la matrona?.
Si pudiera ¿Cambiaría algo de la asistencia al parto? ¿Qué y por qué? Del riesgo
¿Qué opina? ¿Y del dolor? (opinión, preocupaciones, ideas recursos).
De la analgesia: opinión, expectativas, ideas.
Opinión de la pareja

POSTPARTO

Relato de la experiencia del parto, vivencias, sensaciones. (Cómo se tomaron las
decisiones y cómo experimentó todo el proceso).
El padre en el parto, su experiencia.
El dolor ¿Respondió la atención a lo que esperaba? ¿Hubo algún momento
especialmente difícil? ¿Utilizó algún recurso para aliviarlo? ¿Le fueron útiles las clases
de la preparación? ¿De que manera?
Los profesionales: ¿Respondieron a lo que esperaba? ¿Introduciría cambios?

El padre ¿cómo se sintió respecto a: profesionales, espacio, protagonismo etc.?

Si pudiera, ¿Cambiarías algo? ¿Cuál?

PUERPERIO

Su estancia en la planta ¿Cómo se sintió? ¿Hubo algún momento que le gustaría señalar? ¿Y los/as profesionales? (relación y cuidados).

Tipo de alimentación al hijo/a y cómo llegó a esta decisión. Si da lactancia materna ¿Cómo comenzó? ¿Se encontró con dificultades? ¿Cuáles?

¿Tiene ayuda en casa? ¿Quién? ¿Participa su pareja? ¿Cómo?

¿Qué nuevas sensaciones, expectativas o dudas le surgen con la presencia del bebé?

Su opinión sobre la experiencia de la maternidad/paternidad, los cuidados al hijo/a.

¿Cómo definirías la globalidad de la experiencia?.

Por último: visitas ginecológicas y visitas al pediatra.

GUIÓN DE ENTREVISTA A COMADRONAS Y MÉDICOS

EMBARAZO

Control del embarazo: ¿En qué medida considera que es necesario? ¿Qué protocolo se sigue? ¿Quién decide estos protocolos? ¿Son modificables por la matrona o médico? ¿Se siguen en la asistencia privada?

¿Qué similitudes o diferencias se establecen en la atención entre la asistencia pública o privada?

El embarazo ¿Se considera una situación de riesgo? ¿Por qué? En la práctica ¿Es así?

¿Qué opina sobre las pruebas que se realizan? ¿Se consideran totalmente necesarias? ¿Cambiaría algo? ¿Cuál?

¿Participan las mujeres en el seguimiento del embarazo? ¿De qué manera?

¿Considera que tienen o no autonomía? ¿Opinan las mujeres sobre las recomendaciones o cuidados que se les ofrece? ¿Y sus parejas? ¿Cumplen las mujeres con las recomendaciones? ¿Se han encontrado con planteamientos u opiniones diferentes por parte de las mujeres?.

El padre en las consultas: ¿Qué función considera que desempeña? ¿Es aconsejable su presencia?

La preparación al parto ¿La recomienda? ¿La considera necesaria o útil?

¿Aconsejaría la presencia de la pareja? ¿Encuentra diferencias en los partos de mujeres preparadas y las que no? ¿Cuáles?

y las que no? ¿Cuáles?

¿Considera que trabajan en equipo: médico/matrona? ¿Cree que sería necesario introducir cambios? ¿Cuales?

DEL PARTO:

¿Qué se considera un buen parto? ¿Qué funciones tiene al médico en el parto? ¿Y la matrona? (en la asistencia pública y privada)

En general ¿Qué le parece importante de sus funciones en la asistencia a los partos?

¿Qué opinión tiene sobre los riesgos?

La mujer ¿Puede participar en la reducción de riesgos? Si es así, ¿Cómo? ¿Se informa a las mujeres en este sentido? ¿Y a las parejas?

El dolor ¿Qué opinión tiene respecto al alivio del dolor? Considera necesario el uso sistemático de la epidural? ¿Y/o de otros calmantes?

El padre ¿Considera necesaria su presencia en el parto? ¿Participa de alguna manera? ¿Qué se espera de él? ¿Por qué el padre y no otra persona?

Las matronas: ¿Tienen o no autonomía en su hacer? ¿Cómo asisten los partos? ¿Qué funciones desempeñan? ¿Cambiaría algo respecto a la asistencia al parto? ¿Cual?.

DEL PUERPERIO

Durante la estancia en el hospital: ¿Cómo se cuida a la mujer?

¿Qué opina respecto a la forma de alimentación de la criatura? ¿Y de la lactancia materna? ¿Informa a las mujeres respecto a esto?

Cuidados a las mujeres a lo largo de todo el puerperio.