



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

**TESIS DOCTORAL**

**LA CONSTRUCCIÓN DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD  
EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL. ANÁLISIS DESDE  
UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO.**

**LAURA DE ANTA RODRÍGUEZ**

**Directora: Prof. Dra. María Dolores Calvo Sánchez**

**Salamanca, 2017**



Dña. M<sup>a</sup> Dolores Calvo Sánchez, Profesora Titular de Universidad del Área de Derecho Administrativo de la Universidad de Salamanca, directora del trabajo de investigación «La construcción de la maternidad y paternidad en el Sistema Sanitario español. Análisis desde una perspectiva de género» realizado por Dña. LAURA DE ANTA RODRIGUEZ, hace constar que reúne a su juicio todos los requisitos para su defensa a los efectos de acceder al título de Doctora por la Universidad de Salamanca.

En Salamanca, a 11 de julio de 2017

Fdo.: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> M. D. Calvo

***“Hay cosas encerradas dentro de los muros que, si salieran de pronto a la calle y gritaran, llenarían el mundo”.***

**Federico García Lorca**

## AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a mi directora de tesis, Dra. María Dolores Calvo Sánchez, por prestarse a dirigirme, confiar y brindarme su apoyo a lo largo del proceso.

A José Antonio Iglesias por su ayuda desinteresada cuando estaba perdida.

A mi familia, por los ánimos recibidos durante este duro peregrinaje. En particular, a mi padre y su ejemplo de corresponsabilidad familiar; a mi madre, porque sin sus ánimos no habría iniciado esta andadura, gracias por estar ahí cuando más te necesito. A mis hermanas, sé que os tengo siempre dispuestas para lo que requiera. En especial, a Nuria y Seve, mis segundos padres. A Manuel, mi marido, y Manuel, mi hijo, el primero por su apoyo incondicional en todos los retos que me planteo, y el segundo, por permitirme conocer de primera mano lo que supone “ser madre”.

Y por último, a las matronas que me ayudaron durante el trabajo de campo, a las parejas que me permitieron adentrarme en sus vivencias individuales en un momento vital tan importante, y a las profesionales sanitarias (matronas y ginecólogas) que compartieron conmigo sus experiencias profesionales.

A todas/os gracias.

***A ti, por alumbrar mi camino cuando todo parece oscuridad.***

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUCCIÓN</b>	10
<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	16
1. Objetivos de la investigación.....	16
2. Hipótesis.....	17
3. Diseño metodológico.....	18
3.1. Unidades de análisis.....	20
3.2. Técnicas de investigación.....	21
3.2.1. Análisis documental.....	21
3.2.2. Entrevistas cualitativas realizadas.....	21
3.2.3. Cuestionario de encuesta dicotómica.....	22
4. Composición y captación de la muestra.....	23
4.1. Descripción de la muestra.....	24
5. Estrategia de investigación.....	33
5.1. Primera etapa: entrada en campo.....	33
5.2. Recogida de datos.....	34
5.3. Análisis de datos.....	36
6. Limitaciones.....	37
7. Aspectos bioéticos.....	37
<b>CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO DOCTRINAL DE LA MATERNIDAD DESDE EL GÉNERO</b>	40
1. Antecedentes históricos de la maternidad.....	42
1.1. El matriarcado y la sociedad arcaica.....	44
1.2. La mitología griega.....	44
1.3. La herencia romana.....	48
1.4. La madre judeocristiana.....	49
1.5. La maternidad durante la edad media.....	52
1.6. La maternidad glorificada: Siglo XVIII.....	54
1.7. La madre durante el proceso de industrialización.....	57
1.8. La madre del siglo XX-XXI.....	59
1.9. El caso específico de la maternidad en España durante el Siglo XX.....	62
2. Maternidad y género.....	67
2.1. La maternidad como “naturaleza y esencia femenina”.....	68
2.2. Instinto maternal desde las políticas de género.....	72
2.3. Exaltación e idealización de la maternidad desde la igualdad.....	75
2.4. La voz de las mujeres sobre la maternidad.....	78
3. Asistencia sanitaria a la mujer en el proceso reproductivo: antecedentes.....	82
3.1. Iter de la profesionalización feminizada en la asistencia al cuidado.....	82
3.2. Modelos sanitarios en el sistema sanitario de salud.....	89
3.2.1. Atención medicalizada o biomédica.....	91
3.2.2. Atención humanizada.....	99
3.3. Incorporación de la perspectiva de género en la asistencia sanitaria.....	105

4. Rol de paternidad y género: situación actual.....	111
<b>CAPÍTULO II: ACERCAMIENTO AL ESTUDIO DEL PROCESO GESTACIONAL</b>	<b>127</b>
1. Primer estadio: percepción del resultado positivo de embarazo.....	127
1.1. Conocer que se está esperando un hijo o una hija.....	127
1.2. Cambio percibido por la pareja durante el embarazo.....	132
1.3. Elementos que valoran las parejas cuando deciden acceder a la maternidad y paternidad.....	135
1.4. Influencia del entorno en el transcurso del embarazo.....	138
1.5. Reflexiones finales.....	141
2. Diferencias en función del género.....	142
2.1. Desigualdad laboral durante el embarazo.....	142
2.2. Descartar al hombre del proceso de nacimiento.....	145
2.3. Reflexiones finales.....	148
3. Valoraciones sobre la maternidad y paternidad en relación a la participación en la vida reproductiva.....	149
3.1. Perfiles de las parejas en función de la participación masculina en la esfera reproductiva.....	149
3.2. Imaginario sobre la maternidad.....	158
3.3. Imaginario sobre la paternidad.....	167
3.4. Reflexiones finales.....	170
4. El proceso de nacimiento desde la asistencia sanitaria que recibe la pareja.....	172
4.1. Control gestacional: la necesidad de la imagen, de la información y la atención....	173
4.2. Vivencias de las parejas según su relación con los profesionales.....	182
4.2.1. Despersonalización/Desensibilización.....	183
4.2.2. La atención humanizada como base del proceso.....	190
4.2.3. La información, parte de la atención humanizada.....	195
4.2.4. Participación activa en el proceso de control de la gestación.....	200
4.3. Participación del hombre en el proceso de la gestación.....	204
4.4. Preparación a la maternidad y paternidad.....	207
4.5. Reflexiones finales.....	218
<b>CAPÍTULO III: ANÁLISIS CUALITATIVO DEL ESTUDIO DEL PARTO, PUERPERIO Y SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO/A</b>	<b>224</b>
1. Parto.....	224
1.1. El parto deseado: “Plan de parto”.....	224
1.2. El miedo vinculado al proceso de nacimiento.....	229
1.2.1. Miedo a la nueva situación: ser padre y madre.....	229
1.2.2. Miedo al propio proceso de nacimiento.....	231
1.2.3. El dolor del parto. ¿Miedo al dolor?.....	238
1.2.4. Como gestionan el dolor durante el parto.....	242
1.3. Percepciones de la pareja tras el parto.....	245
1.4. Participación masculina durante el parto.....	254
1.5. Reflexiones finales.....	260
2. Comienza la nueva etapa: son padre y madre.....	262
2.1. Los primeros días en el hospital.....	262
2.2. La nueva familia en casa.....	269

2.3. Implicación masculina en los cuidados del bebé.....	274
2.4. La relación entre la vida laboral y la maternidad/paternidad.....	277
2.5. Evolución del rol, percepciones.....	282
2.6. Reflexiones finales.....	285
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LAS ENTREVISTAS</b>	<b>288</b>
1. Modelo de encuesta.....	288
2. Resultados modelo de encuesta.....	293
2.1. Embarazo.....	293
2.1.1. Influencia del embarazo en el modo de vida.....	293
2.1.2. Control gestacional.....	296
2.1.3. Relación con profesionales.....	299
2.1.4. Preparación a la maternidad y paternidad.....	301
2.2. Parto.....	304
2.3. Puerperio.....	307
2.4. Maternidad/Paternidad.....	310
<b>CONCLUSIONES Y PROPUESTAS</b>	<b>315</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>322</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>340</b>
I. Proyecto de investigación tesis doctoral.....	341
II. Folleto informativo.....	347
III. Consentimiento informado participación estudio parejas.....	349
IV. Consentimiento informado participación estudio profesionales sanitarios/as.....	351
V. Formulario comentarios post-entrevistas.....	353
VI. Guión entrevista parejas.....	354
VII. Guión entrevistas profesionales sanitarias.....	360
VIII. Cuadros resumen entrevistas.....	362



# **INTRODUCCIÓN**

Este trabajo investigador de tesis doctoral parte de la inquietud sentida de conocer cómo se construyen los roles de madre y padre a lo largo del proceso de nacimiento donde la asistencia sanitaria que se presta juega un importante papel tanto en el empoderamiento femenino como en la participación masculina.

En primer término, aparece el interés profesional como sanitaria vinculada al tema de estudio, matrona, que durante el ejercicio profesional donde desarrollo mi actividad asistencial en un paritorio de un hospital público imbricado en el Sistema Nacional de Salud español, y con experiencia como matrona en Atención Primaria, me lleva a sentir cierto interés respecto al proceso de nacimiento y el ejercicio de la maternidad y paternidad, la influencia que los/las profesionales sanitarios pueden ejercer respecto a las vivencias, donde el género determina el trato asistencial e influye en la invisibilidad que a lo largo de la historia se ha otorgado al proceso de nacimiento por encontrarse vinculado a la vida de las mujeres. El contacto diario con parejas que se encuentran en el tránsito hacia este nuevo rol vital me dirige a cuestionarme qué, cuál y cómo es la asistencia que se ofrece en este proceso y querer conocer las perspectivas que estas personas tienen respecto a los cuidados otorgados.

La desigualdad está presente en diferentes ámbitos de la vida de las personas, siendo el transcurso hacia la maternidad y paternidad, un entorno el cual durante mucho tiempo ha sido obviado, no se ha reconocido desde el terreno académico y por ello, ha sido poco estudiado desde el punto de vista sanitario.

En segundo término, y no por ello se debe considerar un aspecto secundario dentro de las motivaciones que me conducen a elaborar el presente trabajo de investigación lo representa mi vivencia personal de la maternidad a lo largo del transcurso del estudio, empezando la misma cuando estaba gestando a mi primer hijo, por lo tanto, experimentando a lo largo de los años durante los cuales transcurre el proyecto el fenómeno de estudio.

Ambas facetas, mujer-madre y mujer-matrona- máster en género y salud, nos guían para realizar una reflexión crítica respecto al papel de los cuidados que se prestan a lo largo del proceso del nacimiento, repensar cual es la asistencia sanitaria ofrecida dentro del Sistema Público de Salud e intentar conocer si se da respuesta a las necesidades que presentan los protagonistas del proceso, en todo momento bajo la atenta mirada de la perspectiva de género. El trabajo de campo ha provocado que constantemente me replanteara cual es la atención sanitaria que como profesional sanitaria se presta, enfrentarme a prejuicios, a la par de encontrarme con conflictos internos y personales respecto a la vivencia de la maternidad.

La integración masculina en la esfera reproductiva, donde se han resaltado los sentimientos y percepciones mostradas desde la subjetividad individual me llevó a considerar al hombre que se convierte en padre como uno de los objetos principales de la investigación junto a la mujer;

querer conocer y analizar ambas figuras, materna y paterna, e ir más allá de lo obvio, y adentrarnos en el complejo proceso.

Por todo lo anterior, y conscientes de ambas dimensiones, profesional y materna, a la par que mujer, pueden encontrarse en la interpretación que hemos podido dar a los resultados de la investigación. Estos aspectos personales-profesionales bien diferenciados pero fuertemente entremezclados e inseparables, hacen que destaque como la experiencia personal no se puede dejar de lado, la subjetividad experimentada hace compartir códigos culturales tanto con profesionales sanitarios como con las parejas que participan en el trabajo de campo, situación que plantea que investigar una experiencia vivida conlleva la integración de cierta desvirtualización dentro del objeto de estudio, por otro lado la investigación cualitativa siempre halla impregnada la apreciación personal de quienes participan en el estudio y quizás sea una de sus grandezas.

Somos conocedores de la importancia que tiene el proceso de nacimiento, donde se engloba las etapas del embarazo, parto y puerperio, tanto para la mujer y el hombre, por ello el interés del tema da lugar a que resulte absolutamente indispensable dar voz a ambos protagonistas del proceso para poder profundizar en sus experiencias y percepciones respecto al trato asistencial recibido, cuáles fueron sus vivencias y los significados de las mismas, los discursos y prácticas que reproducen las desigualdades sociales entre hombres y mujeres analizados desde un enfoque de género.

La maternidad y paternidad constituyen fenómenos bioculturales, no son homogéneos, mutan en función de los contextos culturales e incluso dentro de un mismo contexto dependen de la etapa histórica vivida, por todo ello, nos parece pertinente realizar un análisis del proceso en el cual se construyen estas realidades donde mujer y hombre adquieren nuevos roles, y hacerlo desde los cuidados que reciben durante el proceso centra el tema de estudio, donde conocer como los/las profesionales de la salud dedicados a este ámbito, en particular y preferentemente, la matrona/ón, como figura principal que acompaña a las parejas durante todo el tránsito, repercute en las percepciones que las parejas tienen durante esta etapa.

Feminidad y maternidad a lo largo de la historia han permanecido unidas, hasta que aparecen las críticas feministas la maternidad se considera el destino único e incuestionable de la vida de las mujeres, la cual quedará atrapada en el ámbito doméstico, al cuidado de la descendencia, carente de posición relevante y caracterizado por una devaluación social que se otorga a todo lo que está relacionado con la esfera reproductiva.

En el transcurso de la historia, la maternidad se ha ido modificando, construyendo y reconstruyendo en función de las circunstancias de la época, pero aquello que permanece inalterable a lo largo del tiempo lo constituye la relación entre el proceso de nacimiento (embarazo, parto y puerperio) como justificación para la defensa de que el objetivo femenino lo constituya la esfera reproductiva, con todo lo que lleva implícito, siendo bien diferenciada de la figura masculina, a la cual se le atribuye la función de padre proveedor, dejando clara la existencia de diferencias dentro de proceso de socialización femenino y masculino, orientando a la mujer hacia el trabajo reproductivo y al hombre al productivo.

En contraposición, destacamos el carácter cultural que envuelve tanto a la maternidad como la paternidad, acentuando que no existe una condición esencial, sino que depende de los contextos. En las últimas décadas se han introducido modificaciones respecto a la construcción

de la maternidad, en gran medida debido a la incorporación femenina al mercado laboral, la mayor formación académica, el acceso a los métodos anticonceptivos y la mayor autonomía económica, situado la maternidad en la posición de una opción dentro de multitud de opciones en la vida de las mujeres. En este escenario tanto la maternidad como la paternidad adquieren nuevos significados que pretendemos explorar, consideramos que si lo que se busca es alcanzar una igualdad real entre hombres y mujeres, se precisa lograr un modelo de paternidad responsable vinculado al reparto equitativo de responsabilidades, distanciándose del modelo discriminatorio femenino donde la mujer es la máxima responsable, y encaminándose a lo que se puede considerar igualdad dentro de la diferencia, donde para conseguir el cambio se requiere la participación masculina, puesto que las mujeres solas, sin participación masculina no van a conseguir romper con la resistencia masculina que implica siga vigente la desigualdad, donde diferentes concepciones y prácticas sociales feminizan los procesos reproductivos, agravan la desvaloración de estos procesos al desvincularlos de la vida productiva relacionada con lo externo al ámbito doméstico.

La pertenencia de este tipo de análisis en el momento actual cobra interés al considerar que tanto la maternidad como la paternidad han sido consideradas un simple suceso biológico desde el punto de vista sanitario, todo ello lleva implícito que no se cuestionara el tipo de cuidados que se prestan a lo largo del proceso gestacional, donde la pareja carece de empoderamiento, los criterios biológicos dan lugar a que se desarrollen desigualdades en función del género, las cuales han traspasado el tiempo, y están muy presentes dentro de discursos y prácticas sanitarias en torno al proceso de nacimiento.

El equipo sanitario, en particular matronas/os y ginecólogos/as-obstetras, como referentes en los cuidados que se prestan reproducen desigualdades que impiden alcanzar una equidad en el ámbito reproductivo y de crianza. Es relativamente reciente la inclusión de los estudios sobre la maternidad en el ámbito académico, y muy escasos los que incluyan la paternidad y la asistencia sanitaria recibida en el proceso gestacional, parto y puerperio, esta situación responde al modelo científico basado en el androcentrismo que durante el transcurso de la historia ha excluido a las mujeres, siendo con ello la ciencia uno de los pilares fundamentales en el mantenimiento de la subordinación de la mujer mediante la justificación y fundamentación de su desigualdad social, por ello, nos parece interesante y concluyente acercarnos al fenómeno de estudio desde la perspectiva de las personas implicadas en el proceso.

El proceso de nacimiento es un hecho fisiológico que se encuentra vinculado al sistema sanitario al requerir cuidados con el objetivo de evitar que aparezcan complicaciones, esta situación ha enmarcado los procesos reproductivos femeninos dentro de una atención medicalizada, la cual ha conseguido reducir la tasa de morbi-mortalidad materna y neonatal, pero esto ha llevado aparejado el énfasis de los aspectos fisiológicos, obviando los aspectos psicosociales implicados, como consecuencia nos encontramos que aunque la tecnificación sanitaria se encuentra al servicio de la mujer, prescinde del protagonismo femenino y se centra en la atención que presta los/las profesionales altamente cualificados/as.

Toda esta situación ha llevado a que surjan una serie de demandas por parte de las mujeres como respuesta a los cuidados recibidos donde se solicita recibir una atención humanizada, siendo el respeto a la mujer durante la asistencia sanitaria un presupuesto fundamental, no se trata de volver al pasado, sino potenciar el protagonismo e implicación a la par de hacer uso de las últimas innovaciones sanitarias en materia, dado que los programas de atención al

embarazo, parto y puerperio establecen una serie de condiciones que favorecen que se reproduzca consciente o inconscientemente las relaciones de género desiguales, que como refiere la doctrina experta centran la maternidad en la vida de la mujer, medicalizan procesos fisiológicos y perpetúan la desigualdad, puesto que no permiten o no facilitan la participación masculina dentro de la esfera reproductiva.

Reconocemos que tanto la maternidad como la paternidad constituyen procesos dinámicos, cambiantes y heterogéneos, y es sabido que desde diversas sociedades científicas se han elaborado líneas de actuación encaminadas a la consecución de esta atención humanizada, por ello, hacer visibles las demandas y conocer si se integra la igualdad efectiva de mujeres y hombres en las políticas sanitarias, cumpliendo con la legislación e incorporando la perspectiva de género nos lleva a realizar un análisis cualitativo del tema.

En nuestra sociedad siguen coexistiendo varios modelos de ejercicio de paternidad y maternidad, y aunque el rol paterno ha experimentado cambios, los hombres no acaban de tener claro que el patriarcado implica unos costos para la calidad de vida tanto de las mujeres como de los hombres y de sus hijos/as; en este sentido, nos encontramos con que el sistema sanitario público juega un importante papel en el logro de la participación del hombre hacia el cambio al nuevo modelo de paternidad responsable, supone uno de los medios de contacto más directos con los hombres que van a ser padres, y uno de los escasos recursos disponibles para satisfacer las necesidades que presentan relacionadas con la crianza desde el inicio del proceso reproductivo; por ello, nos encontramos que el sistema público sanitario desde su posición privilegiada puede actuar como elemento favorecedor de implicación masculina.

Partimos de la premisa de que conocer como repercute la asistencia que se presta en los actores principales nos va a permitir desarrollar la capacidad para responder a las nuevas demandas que están actualmente activas, donde se contempla la necesidad de prestar una atención más directa a las necesidades y emociones de la pareja, que intenten romper con la invisibilización masculina en la esfera reproductiva que repercute en la posterior discriminación femenina y su delegación al ámbito privado, siendo pocos los estudios centrados en este tema. Podemos afirmar que la asistencia sanitaria prestada a las parejas durante el proceso de nacimiento constituye un elemento clave capaz de repercutir en la adquisición de la corresponsabilidad, favorecer el empoderamiento femenino y facilitar el camino hacia la equidad de género.

El grado de innovación que aporta esta investigación pretende conocer la realidad del fenómeno de estudio, de modo que comprender las demandas de las parejas respecto al proceso de nacimiento desde el punto de vista de género nos permita aplicar en la práctica sanitaria diaria una serie de cambios en función de las necesidades detectadas propiciando el empoderamiento de la mujer y su pareja en el proceso de nacimiento, permitiéndonos conocer la realidad existente en el entorno de los cuidados durante los primeros meses de vida de sus hijos/as, orientando la práctica asistencial sanitaria hacia la equidad, rompiendo con la discriminación entre mujeres y hombres.

Se pretende escuchar a los protagonistas del proceso de nacimiento, los cuales a menudo permanecen callados, no se trata de buscar “la verdad” respecto a la asistencia sanitaria recibida, sino la comprensión detallada de las perspectivas de las mujeres y hombres que participan en el estudio, por ello, se considera positivo incluir tanto los puntos de vista femeninos como masculinos, situándolos a ambos en el eje del proceso asistencial, de modo

que analizar y reconstruir sus discursos nos permita conocer desde un enfoque de género hasta qué punto se potencia la equidad en este proceso vital.

En este punto, el equipo sanitario vinculado al proceso ejerce un importante papel al interactuar con las mujeres y hombres que van a ser madres y padres, ofrecen una atención basada en evidencias científicas y tiene el potencial para facilitar que las parejas participen en el proceso, por ello consideramos que los agentes de salud, en particular matronas-os y obstetras, por su cercanía durante toda la etapa están capacitados para escuchar a mujeres y hombres, respondiendo a sus demandas y propiciando la personalización de cuidados. Mediante el estudio se pretende conocer y explorar las diferentes actuaciones que se presentan como apropiadas y permiten establecer una serie de estrategias que eviten inequidades entre mujeres y hombres, y favorezca el cambio de actitudes.

Para llegar a conocer el fenómeno de estudio, la investigación se ha llevado a cabo mediante dos cauces, en un principio se ha realizado una investigación doctrinal mediante la revisión bibliográfica donde pretendemos acercarnos a la maternidad desde la perspectiva de género, lo que nos ha permitido realizar un recorrido sobre la trayectoria y antecedentes históricos de la figura femenina en cuanto a su relación con la maternidad en el transcurso de la historia, haciendo también hincapié en la figura masculina del padre. Hemos considerado necesario conocer cuál es el punto de partida de la figura materna y paterna para así poder llegar a comprender como se viven y se conforman los procesos de maternidad y paternidad en la actualidad. Explorar el vínculo que existe entre estos procesos y la asistencia sanitaria, los antecedentes históricos, la legislación relacionada, analizar la doctrina sobre la materia nos permite un acercamiento al fenómeno que se pretende estudiar.

Nuestro análisis continua con un estudio de campo que mediante la metodología cualitativa nos ha permitido conocer, relatar y analizar los discursos y prácticas de género presentes en los cuidados sanitarios que se prestan durante el embarazo, parto y puerperio desde la perspectiva de la mujer, el hombre y profesionales sanitarios implicados, así como explorar los nuevos modelos emergentes de maternidad y paternidad en función de la incorporación masculina a un ámbito que hasta hace poco tiempo se le consideraba un apartado de exclusividad femenina, contribuyendo con estas actitudes a la perpetuación de la discriminación de la mujer en función del género, en función de los relatos vertidos por las personas que han participado en el estudio. A todo lo anterior se le añade un análisis cuantitativo de las entrevistas, donde se examina una encuesta cumplimentada por las parejas que han participado en el estudio. Con todo ello, se estima pertinente realizar este estudio de investigación con capacidad de ahondar en un ámbito que ha sido silenciado a lo largo de los tiempos.

Hemos dividido la tesis en cuatro capítulos, en el primero se establece el marco teórico doctrinal referente a la maternidad y paternidad, así como la asistencia sanitaria al proceso de nacimiento desde la perspectiva de género. En el segundo capítulo se enmarca un acercamiento al estudio del proceso gestacional, seguido en el tercer capítulo del análisis cualitativo al estudio del parto, puerperio y seguimiento del recién nacido/a, el cuarto capítulo lo constituye el análisis cuantitativo de las entrevistas. Finalizando con unas conclusiones llegadas del estudio, así como unas propuestas que estimamos de mejora en la praxis.

# **MARCO METODOLÓGICO**

En este capítulo se va a desarrollar la metodología empleada en la investigación, las técnicas utilizadas y justificación, a la par de realizar una explicación exhaustiva de cómo se llevó a cabo el trabajo de campo, dando a conocer con detalles dónde, quién y cómo se recogen los datos y se analizan, así como la descripción de las personas que han participado en la investigación.

## **1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **OBJETIVOS GENERALES**

Se han descrito dos objetivos generales que regirán la investigación y se encuentran interrelacionados entre ellos, ya que suceden en un mismo lapso de tiempo, y son cruciales en la trayectoria de vida de las personas participantes en el estudio. Se pretende conocer la realidad del fenómeno de estudio, de modo que se pueda aplicar en la práctica sanitaria diaria, propiciando diferentes cambios encaminados a empoderar a la mujer y su pareja en el proceso de nacimiento, siendo capaces de conocer la realidad existente en el entorno de los cuidados durante los primeros meses de vida de sus hijos/as. Conocer la situación nos permitirá realizar las modificaciones pertinentes para orientar la práctica asistencial hacia las necesidades detectadas en las parejas. Los dos objetivos generales son:

1. Analizar los discursos y prácticas de género presentes en la asistencia sanitaria en el embarazo, parto y puerperio desde la perspectiva de la mujer y del hombre, y de los profesionales sanitarios.
2. Explorar los nuevos modelos emergentes de paternidad y maternidad.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Se han marcado los siguientes objetivos específicos:

1. Relatar en profundidad las experiencias y percepciones de las mujeres y los hombres respecto a la asistencia sanitaria recibida durante el embarazo, parto y puerperio.
2. Analizar los discursos y prácticas del sistema sanitario que reproducen las desigualdades de género entre mujer y hombre.
3. Conocer si se tienen en cuenta los derechos de la mujer embarazada durante la asistencia sanitaria en el proceso de nacimiento.



4. Impacto de género en las prácticas y los discursos de los profesionales sanitarios que prestan asistencia sanitaria en el embarazo, parto y puerperio.
5. Explorar el grado de incorporación del hombre en el proceso de asistencia del embarazo, parto y puerperio.
6. Identificar que supone tanto para la mujer como el hombre, el cambio de mujer a madre y hombre a padre en su trayectoria vital.

## 2. HIPÓTESIS

Siguiendo los objetivos específicos relatados se han elaborado las siguientes hipótesis:

1. La asistencia sanitaria prestada durante el proceso de nacimiento (que engloba el embarazo, parto y puerperio) se acompaña de discursos y prácticas que refuerzan las desigualdades de género, colocando a las mujeres en una posición de subordinación y pérdida de autonomía. Desde las instituciones sanitarias se ha medicalizado la asistencia al nacimiento, lo que en un principio es considerado un proceso fisiológico pasa a ser asimilado como una situación de riesgo que requiere de un control por parte de expertos, otorgando el poder sobre el proceso de nacimiento e inicio de la maternidad y paternidad al sistema sanitario.
2. En la actualidad las mujeres y los hombres sienten una serie de necesidades y tienen unas expectativas que difieren de las cubiertas por el actual modelo de atención durante el embarazo, parto y puerperio. Derivada de esta situación nos encontramos con una serie de demandas por parte de la mujer y el varón que esperan sean cumplidas durante la atención sanitaria, englobado en lo que se conoce como Humanización de la asistencia al nacimiento, proceso que sitúa a la mujer en el centro y control del proceso, para que sea ella y no el profesional sanitario quien tome las decisiones acerca del tipo de asistencia sanitaria recibida, basándose en la mejor evidencia científica disponible; incorporando al hombre durante el proceso asistencial de nacimiento; en definitiva, cumpliendo los derechos de la mujer embarazada.
3. Existen profesionales sanitarios que abogan por un cambio en la prestación sanitaria durante el proceso de nacimiento, que junto con las mujeres y hombres, y las asociaciones solicitan una asistencia sanitaria desmedicalizada, humanizada, más fisiológica, que respete las opciones individuales y rompa con la atención homogeneizada que se da en la actualidad.
4. En la sociedad actual se está produciendo un cambio en la ideología y modelo de ejercer la maternidad y paternidad; este cambio responde a las reivindicaciones del feminismo de alcanzar una mayor equidad en la distribución del trabajo doméstico/público. Existe una incipiente incorporación del hombre dentro de las tareas de reproducción, donde los varones se cuestionan los modelos tradicionales de paternidad, rompiendo con su rol masculino asignado, y demandando un mayor grado de incorporación durante la asistencia sanitaria en el proceso de nacimiento.
5. La maternidad y paternidad suponen un cambio de rol, categoría o posición que afecta a la trayectoria vital de la mujer y el hombre. Los modelos tradicionales de ejercicio de la maternidad/paternidad están siendo cuestionados y replanteados por parte de las nuevas madres y los padres, de forma que en la actualidad coexisten diversos modelos.

### 3. DISEÑO METODOLÓGICO

En este capítulo se desarrolla el diseño metodológico que va a seguir la investigación el cual se basa en el paradigma de la metodología cualitativa, en concreto, se tendrá en cuenta la perspectiva teórica denominada fenomenología, con este enfoque se pretende “entender” los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor, donde *“la realidad que importa es lo que las personas perciben como importante”*<sup>1</sup>, buscamos descubrir los significados de los fenómenos experimentados por la mujer, su pareja y el profesional sanitario a través del análisis de sus descripciones, donde su principal enfoque se centra en la atención en la experiencia vivida de una persona y obtiene similitudes y significados compartidos<sup>2</sup>. Con este tipo de metodología se puede otorgar un sentido interpretativo a los fenómenos del mundo de la vida con el fin de determinar la importancia de los cuidados en las situaciones vida-salud, en nuestro estudio precisamente en el proceso de nacimiento y todos los agentes involucrados en el mismo, lo cual nos va a permitir favorecer a través de la descripción y la interpretación de los fenómenos un análisis crítico-reflexivo sobre nosotros mismos<sup>3</sup>. La selección de estos métodos facilita la comprensión de emociones y sensaciones analizadas, donde *“(…) los fenómenos de estudio emergen durante el desarrollo de la investigación, incorporando nuevos factores e interpretaciones que ayudan a la mejor categorización e integración holística de todo lo seleccionado”*<sup>4</sup>.

La fenomenología confiere gran importancia a lo individual y la experiencia subjetiva<sup>5</sup>, por ello, la metodología cualitativa se considera la apropiada puesto que nos permite alcanzar los objetivos generales que se han planteado en la investigación, mediante la que se pretende analizar los discursos y prácticas de género presentes en la asistencia sanitaria en el embarazo, parto y puerperio desde la perspectiva de la mujer y el hombre, así como explorar los nuevos modelos emergentes de maternidad y paternidad. Nos ayuda a obtener una profunda comprensión de los significados y las definiciones del proceso de nacimiento, pero tal y como lo presentan las personas<sup>6</sup>, teniendo presente una perspectiva holística tanto de las personas como de los escenarios, donde no se van a reducir a variables, sino serán considerados como un todo, se trata de comprender a las mujeres, hombres y profesionales sanitarias dentro de sus marcos de referencia, por lo tanto *“es esencial experimentar la realidad tal como otros la experimentan”*<sup>7</sup>.

Mediante el uso del diseño cualitativo lo que se persigue es describir e interpretar las experiencias de la mujer y el hombre que han estado en contacto recientemente con la asistencia sanitaria durante el proceso de nacimiento de su hija o hijo, y por lo tanto, ejercen el rol de madre y padre desde hace poco tiempo, lo cual ha supuesto un importante cambio en

---

<sup>1</sup> Taylor SJ, Bogdan R, Introducción a los métodos cualitativos de investigación, 1ªed, Buenos Aires, Paidós, 1998. p.16.

<sup>2</sup> Solano MC, Fenomenológica- Hermenéutica y Enfermería, Cultura de los cuidados, 2006; 19.p.5.

<sup>3</sup> *Ibíd.*, p.6.

<sup>4</sup> Muñoz MN, Competencias profesionales de la matrona en la atención al parto normal. Estudio descriptivo de sus percepciones en la Región de Murcia, Tesis Doctoral, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, 2014. p.181.

<sup>5</sup> *Ibíd.* p.183.

<sup>6</sup> Salgado AC, Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos, Liberabit. 2007; 13. p.71.

<sup>7</sup> Taylor, Bogdan, op.cit., p.20.

su trayectoria vital. Se pretende conocer una visión del mundo vivido desde la subjetividad de los participantes en el estudio.

Al basar la investigación en el paradigma naturalista, que es en el que se fundamenta la metodología cualitativa, lo que se pretende es dar una explicación a los fenómenos desde la interpretación subjetiva de las personas<sup>8</sup>, en nuestro caso de la nueva madre y padre, y de los profesionales sanitarios con los que han estado en contacto, se procura intentar comprender a las personas estudiadas dentro del marco de referencia de ellas mismas<sup>9</sup>. La investigación cualitativa subraya la naturaleza socialmente construida de la realidad, donde existe una relación íntima entre el investigador y aquello que va a estudiar, ya que la biografía personal del investigador va a influir en la investigación, puesto que desde su posicionamiento multicultural y de género, el investigador va a volver su mirada para producir un análisis y escritura del material que ha recopilado, cada uno habla desde una comunidad interpretativa peculiar, propia y configurada a su manera<sup>10</sup>.

Debemos tener presente la complejidad de la existencia humana, que está conformada de múltiples significados y realidades, donde no existe una realidad única, sino “múltiples” las cuales conforman “la verdad”<sup>11</sup>; se busca describir “que existe”, como viven el proceso de nacimiento la mujer y el hombre durante la asistencia sanitaria, sin perder nunca de vista que *“cada persona de forma individual dan sentido en a su entorno social y lo interpreten”*<sup>12</sup>. Conocer la realidad desde el punto de vista de los sujetos del estudio, nos permitirá saber cómo se sienten y así comprender como ven las cosas<sup>13</sup>. Las dimensiones que se van a tener presentes a lo largo del trabajo de investigación se corresponde con el proceso del nacimiento: el momento, la mujer y hombre que van a ser o ya son padres/madres: las personas, y la asistencia sanitaria que se les presta: el contexto.

Como refiere Cabrero y Richard<sup>14</sup> respecto al uso de la metodología cualitativa en los entornos sanitarios: *“Las técnicas cualitativas pueden ofrecer un panorama complementario donde salga a relucir como los pacientes construyen sus experiencias en sus encuentros con los servicios de salud, y así estas experiencias deben categorizarse en términos de satisfacción apelando a otros conceptos”*.

En nuestro caso particular estas técnicas nos permitirán conocer como la mujer y el hombre construyen sus experiencias y percepciones relacionadas con la maternidad y paternidad en los encuentros con los servicios de salud, se identificarán sus propias interpretaciones. Se debe tener presente que la *percepción* como refiere Vargas<sup>15</sup>:

*“...es biocultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y*

---

<sup>8</sup> Salamanca AB, La investigación cualitativa en las ciencias de la salud, Nure Investigación, 2006; 24.

<sup>9</sup>Taylor, Bogdan, op.cit., p.20.

<sup>10</sup>Denzin N, Lincoln Y, El campo de la investigación cualitativa, Madrid, Editorial Gedisa, 2012.p.62-81.

<sup>11</sup> Salamanca, op.cit., p.1.

<sup>12</sup> Ibíd., p.2.

<sup>13</sup> Ibíd., p.2.

<sup>14</sup> Cabrero J, Richard M, El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa, Enfermería Clínica, 1996; 6(5).p.216.

<sup>15</sup> Vargas LM, Sobre el concepto de percepción, Alteridades, 1994; 4 (8): 47-53.

*sensaciones. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren significado moldeadas por pautas culturales e ideológicas específicas aprendidas desde la infancia”.*

Se trata de abordar el proceso de nacimiento desde una perspectiva distinta a la puramente biomédica, donde se admita la subjetividad, tanto de las personas investigadas como del investigador<sup>16</sup>. Los grupos humanos mediante pautas culturales e ideológicas dan significado y valores a las sensaciones, estructurando así su forma de ver la realidad<sup>17</sup>. Al estudiar las percepciones de la nueva madre y padre, se identificarán cuáles son sus propias interpretaciones de determinadas situaciones a las que se enfrentan en el ámbito sanitario en relación con el proceso de nacimiento<sup>18</sup>. Se pretende conocer la realidad de las parejas que se enfrentan por primera vez a la maternidad y paternidad para intentar comprender como se sienten y así poder mostrar sus percepciones individuales. La elección de la metodología cualitativa nos ha permitido que el diseño se adapte al modelo de estudio, siendo la flexibilidad una de las características presentes a lo largo de toda la investigación.

### **3.1. UNIDADES DE ANÁLISIS**

Tras enunciar los objetivos e hipótesis se describen a continuación las unidades de análisis que marcarán el trabajo de campo:

*Mujer y su pareja:*

1. Vivencias y experiencias durante el embarazo, parto y puerperio en la asistencia sanitaria.
2. Aspectos emocionales y expectativas vinculadas al embarazo, parto y puerperio.
3. Discursos y prácticas de género durante el proceso asistencial al embarazo.
4. Grado de incorporación del hombre durante la asistencia sanitaria en el proceso de nacimiento.
5. Significados, expectativas y experiencias en torno a la maternidad y paternidad.
6. Conciliación en el ejercicio de la maternidad/paternidad (tareas productivas y reproductivas, familia).

*Profesionales sanitarios:*

1. Discursos y prácticas de género durante el embarazo, parto y puerperio.
2. Modelos asistenciales en el proceso de nacimiento.
3. Incorporación masculina durante el proceso de nacimiento.
4. Atención y prácticas sanitarias dirigidas al ejercicio de la maternidad y paternidad.

---

<sup>16</sup> Amezcua M, Gálvez Alberto, Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta, Revista Española de Salud Pública, 2002; 76:.p.424.

<sup>17</sup> Vargas, op.cit., p.51.

<sup>18</sup> Muñoz, op.cit., p.29.

## 3.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

### 3.2.1. ANÁLISIS DOCUMENTAL

Además de la entrevista en profundidad se tuvieron en cuenta otras fuentes documentales como son la revisión y el análisis de la bibliografía relacionada con los objetivos del estudio los cuales nos han mostrado una visión pormenorizada del estado actual del proceso de nacimiento y los cuidados infantiles en el ámbito doméstico durante los primeros meses de vida. Se citan todas las fuentes documentales que se han ido recolectando a lo largo del desarrollo de la investigación donde se trate el proceso de nacimiento y la maternidad/paternidad. Toda documentación relacionada con el tema de estudio cobra valor, desde legislación, artículos de prensa escrita o de Internet, libros publicados, artículos de investigación, publicaciones de asociaciones de profesionales, documentación de cursos y jornadas relacionados y los datos que han surgido de la interacción con profesionales sanitarios que prestan atención han sido incorporadas como fuentes documentales que ofrecen una visión respecto a la realidad.

### 3.2.2. ENTREVISTAS CUALITATIVAS REALIZADAS

El interés principal del estudio es analizar los discursos y prácticas de género desde la perspectiva de los protagonistas del proceso de nacimiento (la madre y el padre) y también conocer los nuevos modelos emergentes del ejercicio de la maternidad y paternidad; por todo lo anterior descrito se ha considerado que la entrevista en profundidad a las parejas que esperan a su primera hija/o es la técnica más apropiada para recoger los datos que buscamos.

Se realizaron una serie de entrevistas periódicas a lo largo del proceso de nacimiento, donde tanto la mujer como el hombre nos dieron a conocer sus vivencias y experiencias entorno a la asistencia sanitaria y la vivencia de la maternidad y paternidad, basándonos en un diálogo y escucha activa/reflexiva de los discursos emitidos. A través del lenguaje se construyeron las experiencias vividas, emociones y percepciones de las parejas que acceden a la maternidad y paternidad y las profesionales sanitarias implicadas en el proceso.

En la medida en que estamos interesados en conocer parte de lo que se puede entender como vida social se utilizó la entrevista como *“herramienta de excavar”*<sup>19</sup>; teniendo presente en todo momento que tanto el proceso asistencial al nacimiento como la maternidad y paternidad pueden ser susceptibles de múltiples interpretaciones, las cuales son todas importantes.

Se trata de reconstruir el proceso social del nacimiento y el ejercicio de la maternidad y paternidad y para ello, se usó una entrevista cualitativa flexible y dinámica, donde consideramos:

*“Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.”*<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Taylor, Bogdan, op.cit., p.100.

<sup>20</sup> Ibíd., p.101.

El investigador mediante esta técnica de investigación se convierte en el instrumento del investigador, no se trata de ser un “robot recolector de datos”<sup>21</sup>; debe establecer una relación de confianza con los informantes para que les relaten sus experiencias, percepciones, sentimientos... La entrevista en profundidad se convierte de este modo en la técnica más adecuada para que los informantes nos esclarezcan su experiencia subjetiva durante el proceso asistencial al nacimiento de su hijo/a y las vivencias iniciales de la nueva situación de madre y padre, nos proponemos conocer su “verdad”.

Se entrevistó también a los profesionales sanitarios que entran en contacto con los actores principales del proceso de nacimiento con el objetivo de conocer sus prácticas y discursos en relación con el proceso de nacimiento, ya que sus actuaciones en gran medida pueden influir en la experiencia o vivencias de las embarazadas y sus parejas.

La planificación del guión de la entrevista se realizó con tanto con las unidades de análisis planteadas, así como los objetivos e hipótesis que se han marcado al inicio del proyecto de investigación; pero también teniendo presente que el diseño es flexible, como corresponde a la investigación cualitativa. A pesar de tener un guión, las entrevistas fueron abiertas y dinámicas, adaptándose en cada momento a lo que nos íbamos encontrando en el campo de investigación. Se han integrado los datos tal y como fueron expresados por los/las informantes, manteniendo su lenguaje, valoraciones y teniendo muy presente la comunicación no verbal a lo largo de los encuentros. La transcripción de las entrevistas se realizó de forma literal junto con las diferentes aclaraciones para poder entender el fenómeno de estudio y evitar perder cualquier dato que pueda tener valor. Se plantearon una serie de preguntas abiertas que dan pie a que los/las entrevistados/as narren sus experiencias, como ya hemos referido se plantean en función de los objetivos del estudio y la bibliografía consultada relacionada con el tema de estudio. Tras cada entrevista se revisan las preguntas, aclarando conceptos e incluyendo los nuevos temas emergentes que no habían sido tratados.

Entre las limitaciones de la técnica destacan el tiempo empleado tanto para realizar las entrevistas como para su posterior transcripción. La falta de observación participante como técnica da lugar a que los datos obtenidos sean lo que las/los entrevistadas/os quieren aportar, sin conocer lo que se desarrolla. Pero se descarta esta técnica, puesto que el objetivo de la investigación es conocer su interpretación y percepciones manifestadas por la pareja, lo que nos importa es el resultado final que tiene para ellos y ellas el proceso de nacimiento y la interacción con el sistema sanitario, y no tanto que se hace en cada momento, sino como ellos perciben las diferentes procesos, conocer sus expectativas de vida y comprenderlo desde el punto de vista emic.

### **3.2.3 CUESTIONARIO DE ENCUESTA DICOTÓMICA**

Tras finalizar las entrevistas en profundidad se les solicita a las parejas que han participado en el estudio que cumplimenten un cuestionario donde se contemplan las diferentes cuestiones que han sido tratadas a lo largo de las entrevistas en profundidad. Los cuestionarios permiten obtener más información sin interactuar directamente con la persona encuestada. Se entrega un cuestionario dirigido a la mujer y otro al hombre donde se contemplan las diferentes etapas por las que atraviesa la pareja a lo largo del proceso del nacimiento (Anexo Cuestionario post-

---

<sup>21</sup>Ibíd., p.101.

entrevista mujer/hombre). Las preguntas constan de respuesta cerrada dicotómica, al final del cuestionario se deja un espacio para que puedan añadir los comentarios que consideren pertinentes. Después de cumplimentar los cuestionarios se analizan sumando las respuestas de cada pregunta y diferenciando aquellos que son cumplimentados por una mujer o por un hombre, los resultados no son extrapolables al resto de población, solo se cuentan con quince cuestionarios femeninos y trece masculinos, pero nos permite conocer y reafirmar las opiniones de las parejas entrevistadas. Los resultados obtenidos de las mismas conforman el capítulo cuarto de la investigación y se utilizan para triangular los datos que se obtienen en el análisis cualitativo.

#### **4. COMPOSICIÓN Y CAPTACIÓN DE LA MUESTRA**

El área geográfica donde se va a realizar la investigación corresponde con la comunidad autónoma de Castilla y León, que cuenta a fecha de 1 de enero de 2016, con una población de 2.447.519 habitantes, y en concreto, la provincia de Zamora, con 180.406 habitantes.

La pirámide de población de Castilla y León muestra un patrón correspondiente a una población madura. Con una base estrecha, que refleja la disminución de natalidad, y un ensanchamiento progresivo hacia el centro para disminuir lentamente hasta el vértice, como consecuencia de la disminución de la tasa de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, todas ellas características propias de países desarrollados. A excepción de la provincia de Valladolid nos encontramos con que el número de jóvenes están disminuyendo en el resto de las provincias<sup>22</sup>.

Según los últimos datos sobre los indicadores demográficos básicos que se muestran en el Instituto Nacional de Estadística (INE) y que se corresponden con el año 2015, desde el año 2008, donde se produjo un pico en la natalidad el número de nacimientos ha ido disminuyendo, hasta situarse en 17.389 niños/as en el año 2015, en Castilla y León, con descenso en todas las provincias<sup>23</sup>. La tasa bruta de natalidad (TBN), número de nacimientos por cada mil habitantes, en Castilla y León se sitúa en el año 2013 en 7,11, siendo Zamora la que registro la menor tasa (5,59) , ambas muy por debajo de la nacional 9,11<sup>24</sup> .

---

<sup>22</sup>IV Plan de Salud de Castilla y León. Perspectiva 2020.Análisis del estado de salud de la población, Junta de Castilla y León, 2014. p.9.

<sup>23</sup>Movimiento natural de la población(nacimientos, defunciones y matrimonios). Indicadores demográficos básicos. INE (Fecha de actualización: 4 de diciembre de 2014)

<sup>24</sup>IV Plan de Salud de Castilla y León, op.cit., p.14.

**Tabla 8. Indicadores de natalidad por provincias. Castilla y León. Año 2013**

	Nacidos	TBN	TF	ISF	RM	EMM	EMM1	%Nnc
Ávila	1.157	6,88	33,02	1,16	118,71	31,93	30,78	37,08
Burgos	2.999	8,17	38,05	1,29	107,40	32,32	31,16	34,28
León	3.044	6,25	29,62	1,00	110,22	32,22	31,40	41,66
Palencia	1.148	6,84	32,68	1,12	108,35	32,32	31,33	39,29
Salamanca	2.263	6,55	30,62	1,06	101,33	32,22	30,96	38,14
Segovia	1.185	7,40	34,00	1,19	103,61	32,01	30,66	46,50
Soria	666	7,16	34,84	1,21	106,19	32,35	31,04	36,64
Valladolid	4.316	8,15	35,99	1,18	111,46	32,38	31,38	34,99
Zamora	1.049	5,59	28,67	0,99	116,29	32,35	31,33	42,04
<b>Castilla y León</b>	<b>17.827</b>	<b>7,11</b>	<b>33,25</b>	<b>1,13</b>	<b>109,02</b>	<b>32,26</b>	<b>31,20</b>	<b>38,06</b>
<b>España</b>	<b>425.715</b>	<b>9,11</b>	<b>38,29</b>	<b>1,27</b>	<b>105,97</b>	<b>31,66</b>	<b>30,42</b>	<b>40,86</b>

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con datos del INE.

NOTA: TBN: Tasa bruta de natalidad; TF: Tasa de fecundidad; ISF: Índice sintético de fecundidad; RM: Razón de masculinidad al nacimiento; EMM: Edad media a la maternidad; EMM1: Edad media al nacimiento del primer hijo; % Nnc: Porcentaje de nacidos de madres no casadas.

Como se observa en la tabla de los indicadores de natalidad, la edad media de maternidad en Castilla y León se sitúa en 32,26 y la del primer hijo 31,20.

En relación con la situación laboral en la comunidad nos encontramos, como en el resto de España, que existen desigualdades en el mercado laboral en función del sexo la brecha salarial es la segunda mayor en todo el país (la primera se sitúa en Canarias), a esto hay que añadir la segregación vertical que sufre la mujer<sup>25</sup>. Sigue siendo una realidad social el hecho de que es la mujer la que se encarga en mayor medida del trabajo doméstico, cuidado de los hijos y familia, lo cual influye directamente en su promoción laboral y salario, la irrupción femenina en el mercado laboral no se acompañó de la redistribución equitativa del trabajo doméstico<sup>26</sup>.

La distribución del mapa sanitario en Castilla y León se corresponde con 11 Áreas de Salud y 249 Zonas Básicas de Salud. El Área de Salud de Zamora está formada por el Complejo Asistencial de Zamora y 22 Zonas Básicas de Salud, de las cuales 4 son zonas urbanas, que pertenecen a la localidad de Zamora, a las cuales les corresponden 4 Centros de Salud: Doctor Fleming, Diego de Losada, Parada del Molino, Virgen de la Concha, y que será de dónde provienen las parejas de informantes.

#### 4.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La intención del estudio es analizar los discursos y prácticas de género presentes en la asistencia sanitaria en el embarazo, parto y puerperio desde la perspectiva de la pareja, así como explorar los modelos de ejercicio de la maternidad y paternidad, por lo tanto para acercarnos a los objetivos de la investigación la población de estudio la conformarán las mujeres y hombres que esperan un hijo/a y los/as profesionales sanitarios/as que forman parte del proceso asistencial al nacimiento. Se van a describir los grupos que conforman la población de estudio y las variables que describen los perfiles de las personas que hemos

<sup>25</sup> IV Plan de Salud de Castilla y León, op.cit., p.34.

<sup>26</sup> *Ibíd.*, p.35.



entrevistado. Para la redacción de las mismas se han tenido en cuenta los estudios de investigación publicados relacionados con el proceso de nacimiento y basados en la metodología cualitativa.

Respecto al tamaño de la muestra no se tuvo en cuenta criterios ni reglas firmemente establecidas, sino que se determinó en base a las necesidades de información, por ello, uno de los principios que guió el muestreo es la saturación de datos, esto es, hasta el punto en que ya no se obtiene nueva información y ésta comienza a ser redundante<sup>27</sup>. La selección de los participantes se inició con un muestreo de carácter intencional no aleatorio mediante la técnica de muestreo por propósito o juicio, los informantes se seleccionaron en base a criterios experienciales, es decir, circunstancias que puedan condicionar la vivencia de la experiencia de algún modo, respondiendo a motivos de interés específico en el tema objeto de estudio y la factibilidad y accesibilidad del contacto, a medida que transcurre la investigación se permite acceder a parejas que conocidas de algún/a entrevistada, por lo tanto también hemos hecho uso del muestreo por bola de nieve. Las profesionales que han participado en el estudio fueron seleccionadas en función de la categoría profesional y puesto de trabajo. Como tiene lugar la captación será descrita en el apartado de estrategia de campo.

## GRUPO DE MUJERES Y HOMBRES

Las parejas que conforman este grupo de estudio son mujeres y hombres que están esperando a su primer hijo o hija, y las variables que describen el grupo son las siguientes<sup>28</sup>:

*-Primípara<sup>29</sup>*: se considera que está es una de las variables principales de selección de las mujeres y sus parejas informantes, por los múltiples cambios que suponen la llegada del primer hijo/a y el acceso por primera vez a la asistencia sanitaria en el proceso de nacimiento.

*-Edad*: se recogen los años de los informantes, pero no se establece un rango de edad que delimite la entrada en la investigación tanto de la mujer como el hombre, pero se considera importante conocer esta variable. En los últimos años la edad a la que se tiene el primer hijo/a se ha ido retrasando, al igual que se ha reducido el número de hijos. Las mujeres cada vez más alargan su formación académica, además de la dificultad persistente de encontrar un puesto de trabajo estable que permita el acceso a recursos económicos independientes, lo que provoca que las parejas retrasen la llegada del primer hijo/a hasta que consideran que su situación económica, laboral y afectiva está bien establecida.

*-Origen/Cultura*: se presenta como una variable a tener en cuenta debido a la importancia que tiene la cultura de origen de cada individuo en el establecimiento de ideologías, valores, sentimientos, costumbres y tradiciones, y en particular, el proceso de nacimiento será entendido de modo diferente en función del origen ya que pueden darse múltiples significados a la adquisición del rol de madre y padre. El origen de las personas también influye en el modo de entender y relacionarse con el sistema sanitario.

---

<sup>27</sup> Martín-Crespo C, Salamanca AB, El muestreo en la investigación cualitativa, Revista Nure Investigación, 2007; 27.

<sup>28</sup> La única condición que se le pone a las parejas para acceder al estudio es que sea la primera vez que son madre y padre, el resto de variables se recogen de cara a describir a los/as informantes que participan en el estudio.

<sup>29</sup> Primípara es considerada la mujer que da a luz por primera vez.

*-Relación de pareja:* en la medida en que se intenta explorar los modelos emergentes de maternidad y paternidad se ha considerado pertinente que los miembros de la pareja heterosexual mantengan una relación estable, puesto que se considera que la ausencia o inestabilidad en la relación de pareja pueden interferir en las vivencias que se tienen en torno al proceso de maternidad y paternidad. Se ha considerado que la pareja de estudio sea heterosexual ya que se pretende conocer el grado de incorporación del hombre en el proceso asistencial durante el embarazo, parto y puerperio, así como en la vivencia de la paternidad.

*-Situación laboral:* con esta variable se hace referencia tanto al trabajo doméstico como extradoméstico. Es importante conocer la situación laboral de la mujer y el hombre que conforma la pareja, ya que el acceso a los recursos económicos posibilita el acceso a la independencia, además de que el trabajo fuera de casa deja menos tiempo para emplearlo en las tareas reproductivas. Esta variable tiene una connotación especial en el caso de la mujer, puesto que la situación laboral puede influir tanto en el curso del embarazo, como el embarazo en la situación laboral (permisos para acudir a citas, baja por riesgo en el embarazo). También se considera la influencia de la maternidad y paternidad en la situación laboral por las diferencias que existen en el acceso a los permisos de maternidad, paternidad, lactancia o excedencias para el cuidado de hijas/os.

## PERFILES DE LAS PAREJAS

A continuación se describen los perfiles de las personas que han formado parte del estudio, los cuales responden a las variables recogidas.

### Pareja 1

**Ana:** Mujer de 42 años con estudios universitarios, Licenciada en Documentación, siendo esta su profesión y a la cual se ha dedicado, en la actualidad está desempleada, se quedó en paro durante el embarazo. Nació en Zamora y vive en Zamora. Se encuentra casada y convive con su marido, siendo ambos y su hijo quien forma el núcleo familiar. Esta pareja accede al estudio al conocer a la investigadora. Esta pareja es de las que accede al estudio tras el nacimiento de su hijo, en concreto con 8 meses, siendo el límite impuesto para participar tener hijos menores de un año. Se tiene un único encuentro con ella, y la entrevista tiene lugar en público, durante la entrevista su pareja se hace cargo del bebé, estando cerca, pero dejándole un espacio para poder hablar sin interrupciones.

**Antonio:** Hombre de 46 años, nació en Zamora donde vive con su pareja como ya hemos descrito, estudió Económicas, pero por motivos de personales trabaja en un negocio familiar, regenta una Ferretería, y refiere encontrarse a gusto con su situación laboral, está casado. La entrevista tiene lugar el mismo día que Ana, y con la misma dinámica, cuando se procede a realizar es ella quien se hace cargo de su hijo, dejando un espacio de para que el participe. Se les da la opción de realizar la entrevista de forma conjunto o individual, estando de acuerdo ambos respecto a hacerla por separado.

### Pareja 2

**Nuria:** Mujer de 40 años, Licenciada en Administración y Dirección de Empresas, autónoma y propietaria de una Asesoría, nacida en Zamora y casada. Convive con su pareja. Esta pareja participa en el estudio al conocer a la investigadora, la primera entrevista tiene lugar durante el embarazo, al final del tercer trimestre de gestación, muy cerca de la fecha probable de parto. También está presente en uno de los grupos de Preparación a la maternidad y

paternidad al cual tuvo acceso la investigadora, entonces ella ya había realizado la primera entrevista y anima a las embarazadas presentes a participar en el estudio. Tanto la primera entrevista, como la segunda, que tiene lugar tras el nacimiento de su hijo, tienen lugar de forma individual, y es de su elección, al referir que es más fácil así, puesto que tiene dificultad por el trabajo de ambos para poner se de acuerdo en el día para realizar la entrevista.

**Juan:** Hombre de 40 años, tiene estudios de Diplomado en Empresariales y trabaja como administrativo en una empresa de construcción llevando la contabilidad, está casado, convive con su mujer, y nació en Zamora, donde vive. También se realizan dos entrevistas individuales, una antes del nacimiento de su hijo y otra después.

### **Pareja 3**

**Julia:** Mujer de 30 años, está Licenciada en Psicología y trabaja en Centro de Menores, en su trabajo tiene turnos, nacida en Zamora, convive con su pareja, pero no tienen formalizada de manera legal la relación. Accede al estudio al conocer a la investigadora, su entrevista tiene lugar cuando su hija cuenta con 10 meses de edad. Realiza la entrevista de forma individual y en un día distinto a su pareja.

**Antonio:** Hombre 39 años, nacido en Zamora, Diplomado en Educación Física, trabaja en un gimnasio como entrenador personal, vive Zamora con su pareja. La entrevista se realiza de manera individual y en un día diferente a su pareja.

### **Pareja 4**

**Sara:** Mujer de 37 años, nacida en Lugo, está Licenciada en Derecho y trabaja como funcionaria interina en la Junta de Castilla y León, se encuentra casada. Reside en Zamora con su pareja. La primera entrevista se realiza cuando esta de 39 semanas de gestación, la segunda tras el nacimiento de su hijo. Sara formaba parte de uno de los grupos de Preparación a la maternidad y paternidad a los que la investigadora tiene acceso, tras conocer los objetivos de la investigación decide participar, su pareja no estaba presente en las clases, previamente no conocía a la investigadora. Las dos entrevistas la realizan de forma conjunta, relatando de forma simultánea sus experiencias, durante la entrevista establecen diálogos entre ellos para aclarar y verificar sus relatos.

**Nicolás:** Hombre de 41 años, nació en Bilbao, ha cursado un Ciclo Superior de Formación Profesional de Informática, de lo cual trabaja en Salamanca. Está casado y reside en con su pareja en Zamora. Se realiza la entrevista a la vez que su pareja, y al igual que ella tiene lugar una antes del nacimiento y la otra después.

### **Pareja 5**

**Verónica:** Mujer de 34 años, nacida en Palencia, con estudios de Grado en Arquitectura Técnica y Máster para poder acceder a docencia, en el momento de la primera entrevista se encuentra contratada en por el Ayuntamiento, contrato finaliza durante el embarazo, y el cual no es renovado. En posteriores entrevistas se encuentra en paro. Está casada y reside en Zamora con su pareja. Entra a formar parte del estudio después de conocer la existencia de la investigación en uno de los grupos de Preparación a la maternidad y paternidad a los cuales accedió la investigadora. Las entrevistas tienen lugar junto con su pareja, se realizan un total de tres, dos antes del nacimiento de su hija y uno posteriormente al mismo, en la primera entrevista está embarazada de 30 semanas. No conoce con anterioridad a la investigadora.

**Manuel:** Hombre de 33 años, con estudios de Diplomado en Arquitectura Técnica, trabaja como operario en una fábrica del sector lácteo, también tiene proyectos ocasionales relacionados con los inmuebles. Está casado. Nació en Zamora, donde vive con su pareja. Realiza las mismas entrevistas que su pareja, y también está presente en el grupo de

Preparación a la maternidad y paternidad cuando se explica la investigación. Tampoco conoce con anterioridad a la investigadora.

#### **Pareja 6**

**Pilar:** Mujer de 30 años, nacida en Zamora, tiene estudios de Ciclo Superior de Educación Infantil, trabaja en una guardería y también como dependienta de un estanco para completar la otra jornada laboral, trabajando tanto días de diario como festivos. Convive con su pareja sin legalizar la relación. Se mantienen con ella dos entrevistas, una previa al nacimiento y otra después, la primera la realiza de forma individual al final del tercer trimestre de gestación y la segunda se entrevista a los dos miembros de la pareja a la vez. Su acceso al estudio tiene lugar porque está presente en uno de grupo de Preparación a la maternidad y paternidad cuando se explica la investigación, su pareja no estaba presente. No conoce con anterioridad a la investigadora.

**Pedro:** Hombre de 39 años, nacido en Zamora, donde vive con su pareja, no han formalizado la relación. Tiene estudios de Diplomado en Magisterio de Educación Física, en el momento de realizar las entrevistas se encuentra en paro y está preparando una oposición para acceder al cuerpo de bomberos. Se realizan dos entrevistas, la primera es individual, puesto que su pareja ya la había realizado, pero ella le acompaña, aunque la entrevista iba dirigida a él, ella interviene durante la misma, la segunda entrevista la realizan de forma conjunta. No conoce con anterioridad a la investigadora.

#### **Pareja 7**

**Isabel:** Mujer de 31 años, nacida en Zamora, donde vive con su pareja. Ha cursado un Módulo de Administración y Finanzas, trabaja de administrativa en una empresa privada. Está casada. Se realizan dos entrevistas, las dos en conjunto, la primera cuando está embarazada de 28 semanas, la segunda tras el nacimiento. El contacto con esta pareja es a través de uno de los cursos de Preparación a la maternidad y paternidad donde se presenta el estudio, y no conoce con anterioridad a la investigadora.

**Andrés:** Hombre de 40 años, nacido en Zamora donde reside con su pareja, está estudiando Administración y Dirección de Empresas y trabaja como soldador (tubero). Está casado. No estaba presente en las clases de Preparación a la maternidad y paternidad el día que se presenta el estudio, a pesar de luego referir que acude a las que puede. No conoce con anterioridad a la investigadora.

#### **Pareja 8**

**Lucía:** Mujer de 29 años, nacida y residente en Zamora, durante los días laborales está residiendo en casa de sus padres, puesto que su pareja trabaja y vive fuera, solo el fin de semana ambos conviven en el domicilio familiar. Posee estudios de Diplomada en Fisioterapia y trabaja de fisioterapeuta en Gerencia de Servicios Sociales, con plaza interina, convive con su pareja, pero no han formalizado su relación. El contacto con esta pareja se mantiene a través de conocidos de la investigadora, los cuales le informan a Lucía de la existencia del estudio y la posibilidad de participar, accediendo y permitiendo a la investigadora ponerse en contacto con ella para realizar la entrevista, la cual tiene lugar tras el nacimiento de su hija, se realiza de forma conjunta, cuando la niña tiene dos meses de edad.

**Álvaro:** Hombre de 31 años, nacido en Zamora, con estudios de Educación Secundaria Obligatoria, trabaja en la fábrica de coches en Palencia, por ello de lunes a viernes vive en Palencia y solo durante el fin de semana está en el domicilio familiar. No han formalizado la relación de pareja. Se realiza una entrevista conjunta tras el nacimiento de su hija.

### **Pareja 9**

**Sofía:** Mujer de 30 años, nacida en Zamora, donde reside con su pareja. Tiene estudios de Grado Superior de Informática, trabaja en Valladolid como Informática. Se encuentra casada. Con esta pareja se realiza una única entrevista tras el nacimiento de su hija, cuando tiene 6 meses. En el caso de esta pareja es Sofía quien contacta con la investigadora para participar en el estudio, después de conocer la existencia del mismo y la posibilidad de poder participar, pertenece a un grupo de Whatsap de madres que acudieron juntas a la una actividad de yoga para embarazadas, una de las mujeres que participa en el estudio, les informa a través de este medio sobre el estudio y de este modo decide ponerse en contacto con la investigadora.

**Daniel:** Hombre de 30 años, nacido en Zamora donde reside con su pareja. Tiene estudios de Grado Medio de Promoción y marketing, pero trabaja en el servicio forense de Zamora, el cual pertenece al Ministerio de Justicia. Está casado. Participa en la entrevista tras el nacimiento junto a su pareja. Ninguno de los dos conoce con anterioridad a la pareja.

### **Pareja 10**

**Marisa:** Mujer de 32 años, nacida en Zamora, donde reside. Tiene estudios de Ciclo Superior de Administración y Finanzas, trabaja como administrativa en una empresa privada. Está casada. Se realizan dos entrevistas, una cuando Marisa está embarazada de 35 semanas, y la segunda tras el nacimiento de su hijo. La primera entrevista se realiza de forma conjunta con su pareja, y en la segunda solo acude ella. Participa en el estudio tras conocer la existencia en las clases de Preparación a la maternidad y paternidad donde acude sin su pareja.

**Víctor:** Hombre de 29 años, nacido en Zamora donde vive con su pareja. Tiene estudios de Técnico en mecanizado y trabaja en ello, su actividad laboral le hace viajar muy a menudo, pasando varios días seguidos fuera del domicilio familiar. Participa en la primera entrevista antes del nacimiento de su hijo, en la segunda no acude.

### **Pareja 11**

**Elisa:** Mujer de 33 años, nacida en Zamora, donde reside, está casada. Tiene estudios de medicina y trabaja de como Médico de Área en un pueblo de la provincia de Zamora. Se realiza una única entrevista cuando su hijo tiene 5 meses y medio. Su participación en el estudio se realiza tras conocer a la investigadora en una ponencia durante la Semana Mundial de la Lactancia, se le presenta la posibilidad de participar y acepta. Su pareja tras conocer el estudio decide no participar en el mismo.

### **Pareja 12**

**Adriana:** Mujer de 36 años, nacida en Zamora, donde reside. Está Licenciada en Historia del Arte, y trabaja como celadora en un hospital. Se encuentra casada. Se realizan dos entrevistas, una antes del nacimiento de su hijo, en el final del tercer trimestre de gestación y luego tras el nacimiento de su hijo. Forma parte del estudio tras conocer el objetivo del mismo en los cursos de Preparación a la maternidad y paternidad a los que acude. Desde el inicio refiere que su pareja no desea participar en el estudio.

### **Pareja 13**

**Judit:** Mujer de 28 años, nacida en Zamora donde reside con su pareja, se encuentra casada. Tiene estudios en Quiromasaje y Osteópata, trabaja como autónoma. Se realiza una entrevista conjunta tras el nacimiento de sus gemelos. Participa en el estudio tras conocer a la investigadora en una ponencia durante la Semana Mundial de la Lactancia, donde se le presenta la posibilidad de participar y acepta.

**Lucas:** Hombre de 18 años, nacido y residente en Zamora junto a su pareja. Con estudios en Bachillerato, trabaja como pintor y es autónomo. Se realiza una entrevista conjunta tras el nacimiento.

#### **Pareja 14**

**Marina:** Mujer 33 años, nacida en Zamora, reside en un pueblo de la provincia con su pareja, conviven juntos y son pareja de hecho. Tiene estudios de Trabajadora social y en la actualidad se encuentra en paro. Se realiza una entrevista conjunta tras el nacimiento de su hijo. Participa en el estudio tras conocer su existencia por terceras personas, las cuales facilitan su teléfono a la investigadora.

**Hugo:** Hombre de 40 años, nacido en Zamora, reside en un pueblo de la provincia con su pareja, conviven juntos y son pareja de hecho. Cursó un Módulo de Grado Superior, pero trabaja como ganadero autónomo e integrante de una cooperativa de la cual es presidente. Participa junto a su pareja en la entrevista tras el nacimiento de su hijo.

#### **Pareja 15**

**Claudia:** Mujer de 41 años, nacida en Zamora, donde vive. Diplomada en Educación Social y Licenciada en Pedagogía, con un Máster en Ciencias Humanas y Sociales, trabaja como Técnico en un Ayuntamiento de un pueblo de la provincia. Cuando se mantiene la entrevista se encuentra junto a su pareja viviendo en casa de sus padres, situación que refiere desde el nacimiento de su hija, puesto que le facilita la posibilidad de incorporación temprana a su puesto de trabajo. Está casada. La entrevista se realiza posteriormente al nacimiento de su hija. El contacto con esta pareja tiene lugar en las clases de Preparación ala maternidad y paternidad a las cuales acude Claudia.

**Héctor:** Hombre de 38 años, nacido en Salamanca, reside en Zamora, y en el momento de la entrevista en casa de sus suegros. Es Ingeniero Técnico Industrial, y trabaja como técnico municipal, compaginando con otros trabajos de ingeniería. Participa junto a su pareja en la entrevista después del nacimiento de su hija. Está casado.

### **GRUPO DE LOS/LAS PROFESIONALES SANITARIOS**

Pertencen a este grupo de estudio las matronas y obstetras que entran en contacto con la mujer y el hombre durante el proceso de asistencial. Las variables a tener en cuenta en este grupo son las siguientes:

*-Origen/cultura:* mismos criterios que en el grupo de mujeres y hombres. Pero en el caso de las profesionales sanitarias que participan en el estudio sólo se recoge si han nacido en España o fuera, con el fin de conservar el anonimato de la persona entrevistada.

*-Categoría profesional y nivel de formación:* esta variable es muy importante puesto que dependiendo de la categoría profesional se definen funciones y responsabilidades diferentes durante la asistencia sanitaria. Además las relaciones que establecen los/as profesionales con las/os usuarios/as difieren en función de la categoría que ostentan.

*-Sexo/género:* al ser una investigación con un enfoque de género se considera importante esta variable a la hora de conocer su influencia en las prácticas y discursos de los/as profesionales sanitarios, así como las relaciones que establecen con los hombres y las mujeres.

*-Edad:* se tiene en cuenta esta variable puesto que influye tanto en la experiencia profesional, como en el tipo de formación que recibieron los profesionales sanitarios. Las profesionales se agrupan en tres franjas de edad: menores de 35 años, de 35 a 50 años y más de 50 años. No se especifica la edad con el fin de preservar el anonimato y dotar de mayor intimidad a las informantes que han participado en el estudio.

*-Experiencia profesional:* es importante conocer los años que llevan trabajando, puesto que puede determinar la experimentación de diferentes modelos asistenciales. También se tendrá en cuenta los diferentes lugares que han conformado su itinerario laboral (sanidad pública o privada, trabajo en el extranjero).

## PERFILES DE LAS PROFESIONALES SANITARIAS

**Lourdes:** Matrona nacida en España. Pertenece al grupo de edad de mayores de 50 años. Experiencia profesional como matrona de 30 años (desde 1984), dentro de su trayectoria profesional inició sus estudios de matrona en Salamanca, trabajó como enfermera en la planta de maternidad de Hospital Público, tras lo cual obtiene la plaza de matrona 1984, desde entonces siempre ha trabajado de matrona. Durante 17 años en paritorio, tras lo cual se traslada a Atención Primaria donde lleva 13 años como matrona, siempre en la Sanidad Pública. Entra a formar parte del estudio después de que la investigadora le explicara los objetivos de la misma, también actúa como informante clave al permitir el acceso a sus grupos de Preparación a la maternidad y paternidad para captar a las parejas.

**Adela:** Matrona nacida en España. Pertenece al grupo de edad de mayores de 50 años. Experiencia profesional como enfermera en Hospital durante un año, luego como enfermera de Atención Primaria durante 3 años. Realizó los estudios de matrona en Salamanca a la vez que trabajaba durante el año 1981, tras lo cual obtiene plaza de enfermera y trabaja durante 3 años en Hospital Público. Luego empieza a hacer sustituciones de matrona, y se pasa 3 años compaginado el trabajo de enfermera de urgencias con meses en paritorio como matrona. Tras este periodo trabajó durante 13 años de matrona en el paritorio y luego obtiene la plaza matrona de Atención Primaria, ocupándose de poner en marcha programas de la mujer, donde lleva trabajando 11 años y se mantiene en la actualidad. Entra a formar parte del estudio después de que la investigadora le explicara los objetivos de la misma, también actúa como informante clave al permitir el acceso a sus grupos de Preparación a la maternidad y paternidad para captar a las parejas.

**Alba:** Matrona nacida en España. Pertenece al grupo de edad entre 35-50 años. Cursa los estudios de enfermera en Madrid, tras lo cual accede a la formación de matrona durante 2 años que requiere la especialidad, formándose también en Madrid. Tras este periodo de formación ha trabajado como matrona en diferentes paritorios de Hospitales Públicos durante 7 años. En la actualidad sigue trabajando en paritorio. Accede al estudio al conocer a la investigadora, y después de que se le ofrezca la posibilidad de participar.

**Berta:** Matrona nacida en España. Pertenece al grupo de edad de mayores de 50 años. Cursó los estudios de enfermera y matrona en Salamanca. Trabajó como enfermera de Atención Primaria, y durante 1 año y medio como enfermera de Atención Especializada. Tras ese periodo trabaja como matrona zona rural durante 6 años, tras lo cual se desplaza a un centro de Atención Primaria urbano donde lleva 23 años trabajando. Entra a formar parte del estudio después de que la investigadora le explicara los objetivos de la misma, también actúa como

informante clave al permitir el acceso a sus grupos de Preparación a la maternidad y paternidad para captar a las parejas.

**Carmen:** Matrona nacida en España. Pertenece al grupo de edad entre 35-50 años. Estudió enfermería en Salamanca y la especialidad de matrona en las Palmas de Gran Canaria. Trabajó como matrona en diferentes paritorios de Hospitales Públicos desde que finalizó su formación, simultaneando en un periodo de tiempo con trabajó como matrona en un paritorio privado, en total acumula una experiencia de casi 13 años. Accede al estudio al conocer a la investigadora, y después de que se le ofrezca la posibilidad de participar.

**Gabriela:** Matrona nacida en España. Pertenece al grupo de edad entre 35-50 años. Estudió enfermería en Salamanca, trabaja de enfermera hasta que en 2008 accede a la especialidad de matrona. Desde entonces lleva trabajando como matrona de paritorio 6 años en Hospital Público. Accede al estudio al conocer a la investigadora, y después de que se le ofrezca la posibilidad de participar.

**Lara:** Matrona nacida en España. Pertenece al grupo de edad de mayores de 50 años. Estudio enfermería y la especialidad de matrona en Salamanca. Ha trabajado como matrona de paritorio de Hospital Público durante 41 años, simultáneamente durante 35 años también se dedicó a impartir Preparación al parto de forma privada. Accede al estudio al conocer a la investigadora, y después de que se le ofrezca la posibilidad de participar.

**Carolina:** Ginecóloga nacida en España. Pertenece al grupo de edad de menores de 35 años. Tras estudiar medicina realiza la especialidad de Ginecología y Obstetricia durante 4 años como residente en Hospital Público que pertenece a Castilla y León. Lleva trabajando como ginecóloga/obstetra adjunta en Hospital Público durante 1 año. Accede al estudio al conocer a la investigadora, y después de que se le ofrezca la posibilidad de participar.

**Carla:** Ginecóloga nacida fuera de España. Pertenece al grupo de edad de menores de 35 años. Finaliza los estudios de medicina en 2009, fuera de España, y la residencia de la especialidad de ginecología/obstetricia en 2016, la cual realiza en un Hospital Público de Castilla y León. Como experiencia profesional cuenta con los 4 años de residencia, más 1 año de internado en el extranjero y 2 años de servicios sociales área rural del extranjero como médico general. Lleva 2 meses trabajando como ginecóloga/obstetra adjunta en Hospital Público. Accede al estudio al conocer a la investigadora, y después de que se le ofrezca la posibilidad de participar.

**Macarena:** Ginecóloga nacida en España. Pertenece al grupo de edad de 35 a 50 años. Finaliza la residencia para obtener el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia en el año 2004, desde entonces se encuentra trabajando, con 12 años de experiencia profesional, como ginecóloga/obstetra adjunta siempre en el mismo Hospital Público. Accede al estudio al conocer a la investigadora, y después de que se le ofrezca la posibilidad de participar.

**Paula:** Ginecóloga nacida en España. Pertenece al grupo de edad de 35 a 50 años. Realiza la residencia para obtener la especialidad de ginecología/obstetricia finalizando en 2009. Cuenta con 7 de años como adjunta especialista en ginecología/obstetricia en el mismo Hospital Público. Accede al estudio al conocer a la investigadora, y después de que se le ofrezca la posibilidad de participar.



## **5. ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN**

### **5.1. Primera etapa: entrada en campo**

En un primer término se estableció contacto con el Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud de Zamora para solicitar la valoración del proyecto de investigación, obteniendo el informe de aprobación por parte de dicho órgano el 13 de Julio de 2015. En el mismo lapso temporal se pone en conocimiento a la Gerencia de Salud de Área de Zamora y la Dirección de Enfermería de Atención Primaria la intención de llevar a cabo el estudio junto con la solicitud de la pertinente autorización para realizar el trabajo de campo, recibiendo el informe favorable con fecha del 21 de Agosto de 2015.

Al mismo tiempo se estableció contacto telefónico con cuatro de las matronas que trabajan en Atención Primaria para solicitarles una reunión donde se les presentó el estudio y solicitó su colaboración en el proyecto; se les entregó un resumen donde se les explicó por escrito los objetivos de la investigación y las variables a tener en cuenta (Anexo Proyecto de investigación tesis doctoral). Además se les entrega un folleto (Anexo Folleto informativo) que corresponde con la hoja informativa para las parejas que están interesadas en participar en la investigación. Tras obtener los permisos pertinentes y previo acceso al campo se estimó oportuno establecer contacto con los/as coordinadores/as de los Centros de Salud de Atención Primaria donde trabajan las matronas colaboradoras para informarles sobre la intención de llevar a cabo una investigación autorizada.

#### **Captación de las parejas y los profesionales informantes**

La investigadora solicitó a las cuatro matronas que acceden a participar en el estudio un encuentro, el cual tiene lugar en su consulta, donde se les exponen los objetivos del estudio y se les solicitó la colaboración, los contactos con estas matronas tuvieron lugar entre los meses de Julio y Agosto de 2015, tras recibir las autorizaciones pertinentes para llevar a cabo la investigación. En un principio se planteó a las matronas que colaboran con el estudio que ellas realizaran una primera elección de las mujeres y hombres que cumplen las variables establecidas, pero finalmente y mediante consenso con la investigadora se establece que sea la investigadora quien accede a los grupos de Preparación a la maternidad/paternidad de modo que allí presente directamente a las parejas la existencia del estudio y se les solicite su participación. En estos grupos tras explicarles objetivos y entregarles una hoja informativa (Anexo Folleto informativo y Anexos Consentimientos Informados) se deja transcurrir una semana para que reflexionen sobre su participación, para volver a acudir al mismo grupo pasado ese tiempo establecido, y recoger los datos de contacto de aquellas parejas interesadas en participar para posteriormente establecer contacto con ellas. Este procedimiento tiene lugar entre los meses de Septiembre a Diciembre de 2015, durante los cuales las matronas avisan a la investigadora cada vez que tienen un grupo nuevo. Pero no fue el único modo de captar a las parejas, puesto que también hubo parejas que participan al conocer a la investigadora y al cumplir con los criterios para participar y ser invitados, y otras parejas que al conocer a mujeres que participan en el estudio son animadas por éstas para participar, convirtiéndose estas parejas en el contacto de terceras personas. La captación de las parejas finaliza cuando se ha considerado que se cumplen criterios de saturación de datos.

Las profesionales sanitarias que conforman la población de estudio tanto de Atención Primaria como Especializada son captados desde Septiembre de 2015 hasta Junio de 2016, periodo en el cual la investigadora de forma individual les presenta el estudio y solicita su participación. Para la selección de los profesionales sanitarios informantes se tendrá presente la categoría profesional que ostentan (matrona/obstetra), así como el lugar de trabajo (Atención Primaria/Especializada), siendo el único criterio de inclusión el deseo de participar en el estudio.

## **5.2. Recogida de datos**

En esta segunda etapa en el campo de la investigación se procederá a realizar las entrevistas en profundidad, que como ya se ha explicado es la técnica seleccionada para realizar la investigación. Las entrevistas se realizan entre los meses de Septiembre de 2015 y Junio de 2016. Tras acudir a los Centros de Salud, y una vez que la investigadora tiene el teléfono de las parejas se pone en contacto con ellos/as para determinar un lugar y hora para realizar la entrevista previa al nacimiento. Son las parejas participantes quien decide tanto el lugar, como el día y hora del encuentro, adaptándose la investigadora a sus elecciones, al igual que deciden si desean una entrevista individual o conjunta. Los lugares donde se realizan las entrevistas son diversos, desde el domicilio de la pareja a cafeterías o terrazas, siempre dando la opción de elegir a la persona que se entrevista. Las profesionales sanitarias, a excepción de dos, son entrevistadas en sus lugares de trabajo. Las entrevistas siguieron la siguiente dinámica, en primer lugar tiene lugar la presentación de la investigación, siendo explicado el propósito de la entrevista, asegurando en todo momento la confidencialidad de la persona que participa. Se les explica la necesidad de grabarla para su posterior transcripción.

Antes de iniciar la entrevista se les entrega un resumen (Anexo Folleto informativo) con el contacto de la investigadora, y la hoja de Consentimiento Informado en donde forman la autorización de grabación y uso posterior de los datos para la investigación, se les explica la posibilidad de acceso a la información que se recoge. Se les deja un espacio para plantear preguntas o dudas relacionadas con la investigación, y se explica a posibilidad de interrupción o abandono de la participación en cualquier momento. Como norma durante el transcurso de las entrevistas de deja hablar sin interrumpir, salvo cuando el entrevistado/a se pierde en cuestiones poco relevantes. Entre todas las parejas que acceden a participar en el estudio nos encontramos con dos hombres que no desean ser entrevistados, en estos casos solo se les realiza la entrevista a ellas. Tres de las parejas son entrevistadas solo tras el nacimiento de su hijo, al ser captadas para el estudio después del parto. Al resto de parejas se les entrevista antes del nacimiento y después del mismo, dejando como mínimo transcurrir dos meses desde el parto para permitir a los entrevistados la adaptación a la nueva etapa, recuperación fisiológica de la mujer y experimentación del nuevo rol.

Las entrevistas son grabadas con la grabadora Sony ICD-PX240 para su posterior transcripción. Tras la realización de la entrevista, sin dejar pasar el tiempo la investigadora elabora un cuaderno de campo donde registran diferentes notas relacionadas con el lenguaje no verbal, así como las posibilidades de mejora detectadas de cara a posteriores entrevistas, todo ellos facilitara la posterior comprensión durante el análisis de datos, también se complementa un formularios con comentarios post-entrevista (Anexo Formulario comentarios post-entrevista), en la ficha se recogen datos relacionados con el transcurso de la entrevista (lugar, hora, día, duración), así como el perfil del entrevistado, el modo de contactar con los/las informantes, el tono general durante el transcurso de la entrevista, dificultades

encontradas, cuestiones más relevantes surgidas, breve descripción del contexto y proceso de la entrevista y cuestiones que se pueden mejorar. Estos guiones que contienen impresiones y reflexiones de la investigadora tras realizar la entrevista debido al lapso de tiempo que transcurre desde que se realizan las entrevistas hasta que se analizan los datos recogidos durante el análisis de contenido permite dar mayor fiabilidad y validez a los relatos de los/las entrevistados/as.

Las parejas muestran gran interés durante el transcurso de las entrevistas, valorando la posibilidad de narrar sus experiencias y la posibilidad de ser escuchados, establecer una relación e empatía con los/las informantes facilitó la expresión de emociones y sentimientos, respetando en todo momento sus relatos. Se entrevistó a trece hombres y quince mujeres, así como a once profesionales sanitarias relacionadas con el proceso de nacimiento (Anexo Cuadros resumen entrevistas)<sup>30</sup>.

Una vez realizadas las entrevistas se almacenan los archivos de audio en el ordenador y se utiliza el programa "Soundsciber" que permite definir una serie de parámetros de reproducción que se ejecutan de forma automática facilitando de este modo la transcripción manual por parte de la investigadora de las entrevistas. Realizar de forma personal la transcripción de las entrevistas ha permitido integrar todos los aspectos recogidos durante las mismas, aumentando así la fiabilidad. Durante la transcripción y el análisis de las entrevistas se establece una codificación determinada por la investigadora de antemano para facilitar el manejo de datos, asignando un número a cada pareja en función a su incorporación a la investigación, así como la letra A para la mujer y la letra B para el hombre, para poder diferenciar los diálogos cuando las entrevistas son conjuntas. A las profesionales se les asigna la letra P y un número correlativo a su participación en el estudio. Posteriormente estos códigos son sustituidos por nombres ficticios que dotan de mayor humanidad a los discursos y a la vez preservar la intimidad de los/las informantes.

Una vez que finaliza la segunda entrevista con las parejas se les hace entrega de un cuestionario con preguntas que tienen respuestas cerradas donde se contemplan los diferentes puntos tratados en las entrevistas en profundidad, con el objetivo de aumentar la fiabilidad de los datos obtenidos previamente. Se les pide que sea rellenada dejando transcurrir un mínimo de una semana tras la entrevista en profundidad. Transcurrido este tiempo la investigadora se pone nuevamente en contacto con las parejas para recoger el cuestionario, alguno de los cuales optan por enviarlo mediante e-mail. Los datos que se obtienen no son extrapolables, pero si permiten complementar los obtenidos en las entrevistas en profundidad.

Las entrevistas en profundidad se realizan siguiendo un guión semiestructurado elaborado con anterioridad en función de los objetivos planteados en el estudio (Anexos guión entrevista pareja/ profesionales de la salud), este guión a lo largo de las entrevistas va cambiando a medida que surgen nuevos aspectos a tratar que en un inicio no se contemplan, al igual que se redefinen otras preguntas para adaptarlas al objeto de estudio. Aunque se sigue este guión para evitar alejarse de los objetivos del estudio en todo momento se da libertad a la persona entrevistada para expresar sus experiencias, concediendo a cada persona el tiempo que precisa, manteniendo una actitud de escucha activa y diálogo.

---

<sup>30</sup> En el Anexo Cuadros resumen entrevistas se establece una relación de las personas que han participado en el estudio junto con un análisis contextual de las mismas.

### 5.3. Análisis de datos

Tras realizar las entrevistas y durante el tiempo en que transcurren las mismas se procederá a la transcripción, la cual tiene lugar de forma manual por la investigadora, situación que permite realizar una primera lectura profunda del contenido de las entrevistas, con el fin de que estas experiencias se conviertan en lenguaje. Después se llevó a cabo un análisis de contenido clásico, para identificar la esencia de los fenómenos y transformar las experiencias vividas en una expresión textual de su esencia<sup>31</sup>.

Tras la lectura exhaustiva del texto se asignaron códigos para permitir agrupar en categorías los temas emergentes. Con el fin de evitar que la experiencia de la investigadora como profesional de la salud, así como la vivencia en primera persona del fenómeno de estudio repercutieran en los datos se transmitió todas las opiniones vertidas por las personas que participan en el estudio. Se ha realizado un análisis de los contenidos de los discursos, tras múltiples lecturas, codificación, agrupación en categorías y redefinición de temas y subtemas emergentes que han conformado el constructo teórico de resultados del estudio. Las diferentes técnicas empleadas como metodología *“conforman la sensibilidad teórica que da sentido a los acontecimientos”*<sup>32</sup>, permitiendo dotar de sentido a las experiencias de los/las informantes, destacando las percepciones del fenómeno de estudio.

Resumiendo los pasos que se han seguido, en primer término una vez transcritas las entrevistas y tras la lectura detallada y reflexiva de las mismas que nos permita conocer y familiarizarnos con los contenidos se realiza una codificación de fragmentos relevantes con palabras clave, que posteriormente son definidas y agrupadas por categorías, para permitir la posterior comparación. A la vez se elaboran memos, donde se registran los diversos códigos, con la interpretación que se da a los mismos, así como diferentes preguntas e interpretaciones que nos permita profundizar en la información y confirmarla. Tras el análisis y clasificación de los fragmentos obtenidos se elaboraron mapas conceptuales que nos ayuden a comprender, analizar y realizar una posterior triangulación con una lectura transversal, buscando unidades referidas a los temas más relevantes, conformando categorías con temas y subtemas. Luego se realizó un análisis final y reestructuración de los datos que en un primer momento fueron fragmentados, constituyendo nuevas categorías de análisis, identificando nexos de unión que nos permitan dar cuerpo al constructo teniendo presente el marco teórico, objetivos establecidos y unidades de análisis para conformar el constructo teórico de resultados, para lo cual se complementa con las opiniones y percepciones explícitas de los participantes. Las categorías emergentes orientaron la búsqueda de información documental complementaria. La saturación teórica marcó el momento de finalizar la realización de más entrevistas, cuando no se obtienen datos nuevos o estos no fueron relevantes se finaliza la recogida de datos.

Obtenidos todos los datos se ha realizado la triangulación de los mismos integrando tanto, las observaciones personales y conocimientos previos, los resultados obtenidos y los datos obtenidos de la revisión bibliográfica realizada con el fin de obtener un constructo teórico que nos ha permitido conocer el fenómeno de estudio.

---

<sup>31</sup> González T, Cano A, Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: tipos de análisis y proceso de codificación (II), Revista Nure Investigación, 2010; 45:1-10.p.2.

<sup>32</sup> Muñoz MN. Op.cit.2014.p.204.

## 6. LIMITACIONES

Se reconoce que los resultados del estudio son recogidos a pequeña escala y en consonancia con la metodología cualitativa no se puede generalizar. El estudio proporciona ricas descripciones respecto al proceso de nacimiento y la atención sanitaria al mismo, así como la vivencia durante los primeros meses de los padres y madres primerizos junto con aportaciones del equipo de salud, sin embargo, no captura un rango completo de experiencias de mujeres y hombres u otra gama de entornos. Se reconoce la interpretación de los resultados inevitablemente subjetiva, donde otro/a investigador/a con las mismas transcripciones puede identificar otros temas y aplicar una interpretación diferente a los hallazgos. El uso de las citas con las palabras vertidas por los/las informantes transcritas de forma literal pretende ilustrar los temas emergentes, de modo que se permita a otras personas juzgar la fiabilidad de los resultados de las mismas. Por último, apuntar la falta de entrevista a profesionales sanitarios masculinos, los cuales podrían haber aportado una visión diferente a la ofrecida por las entrevistadas.

## 7. ASPECTOS BIOÉTICOS

Se considera importante tener en presente una mirada ética respecto a los posibles problemas éticos que pueda llevar aparejada la investigación cualitativa. Se ha considerado oportuno que la investigación se realice en base a la aplicación de los principios de beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia. El principio de autonomía se respetará con la firma del consentimiento informado<sup>33</sup>, de manera que obliga a la investigadora a proporcionar una información comprensible relacionada con la naturaleza, la duración, el propósito, el método utilizado, las molestias, los daños y efectos a la salud de las parejas y las profesionales sanitarias que participan en el estudio. Será firmado libremente por cada participante en el estudio y el investigador que le informa, pudiendo ser revocado en cualquier momento. El principio de beneficencia da lugar a que las/os participantes en la investigación conozcan los riesgos y beneficios asociados a la misma. El principio de justicia se respetará garantizando la equidad y optimización de los recursos. El equipo investigador estará obligado moralmente a buscar los menores riesgos posibles para los sujetos según el principio de no maleficencia<sup>34</sup>.

Se tendrá en cuenta el secreto profesional, no se divulgará la información relativa a la historia clínica de las participantes. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, la participante en el estudio puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos.

Los datos recogidos en las entrevistas para el estudio estarán identificados mediante un nombre diferente al de cada participante y sólo la investigadora podrá relacionar dichos datos con cada participante, de forma que se mantenga el anonimato, respetando la intimidad y protegiendo la confidencialidad.

---

<sup>33</sup> Como refieren Barrio y Simón se considera que el consentimiento informado es un requisito ético y jurídico básico de la investigación, ya que es uno de los pilares básicos de la ética de la investigación moderna, además cumple con la Ley 41/2002 Básica de Autonomía del Paciente. Barrio IM, Simón P, Problemas éticos de la investigación cualitativa, *Medicina Clínica*. 2006; 126(11): 418-23.

<sup>34</sup> Avedo I, Aspectos éticos en la investigación científica, *Ciencia y enfermería*, 2002; 8(1): 15-8.

Para evitar el daño potencial que pueda ocasionar una imagen falsa se permitirá en la medida de lo posible la revisión por parte de los participantes de aquello que se pretende publicar, ya que aunque como ya se ha dicho se preservará la identidad y confidencialidad, los participantes se pueden llegar a reconocer en lo escrito<sup>35</sup>. No existe potencial conflicto de intereses a declarar.

---

<sup>35</sup> Barrio, Simón, op.cit., p.420.

**CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO  
DOCTRINAL DE LA MATERNIDAD  
DESDE EL GÉNERO**

En este capítulo se pretende conocer la trayectoria de la figura de la madre a lo largo del tiempo, realizar este recorrido nos permitirá entender cómo se vive la maternidad en la actualidad y los cambios a los que se ve sometida, las diferentes atribuciones que se dan al rol de madre y padre, así como un breve recorrido de la asistencia que se brinda a la mujeres durante el proceso de nacimiento. Indagar en la paternidad nos permite ahondar en las diferentes atribuciones que se le otorgan al padre. Todo ello nos conformara una visión del tema de estudio, que permitirá posteriormente entender los resultados hallados en el análisis del estudio de campo.

La maternidad constituye un proceso que engloba un evento tanto fisiológico como social de la vida de las mujeres. Ha sido utilizada para definir el papel de las mujeres en las diferentes etapas de la historia. Cabe destacar que para llegar a ser madre y más en la actualidad, se puede acceder por diferentes cauces desde la vivencia del propio proceso biológico del embarazo, parto y puerperio, y con ello el acceso a la maternidad biológica, junto con otras opciones como puede ser la adopción.

En la presente tesis nos referimos a las mujeres que acceden a la maternidad tras su paso por el proceso de nacimiento y tras el contacto que mantienen con la asistencia sanitaria. No vamos a incluir el resto de accesos a la maternidad y paternidad, puesto el tema de estudio se vincula a la construcción de la maternidad y paternidad y la relación de estos procesos con la asistencia sanitaria. Por ello, se incluye una investigación doctrinal respecto a la asistencia sanitaria, que nos permita conocer qué tipo de atención se brinda a las parejas.

Hasta hace relativamente poco tiempo no ha sido considerado un tema de estudio, es relativamente reciente, siendo escasos los estudios que indaguen en este fenómeno desde la asistencia sanitaria que se les presta a las parejas.

A lo largo del capítulo se conoce como el cuidado de los hijos/as ha sido considerado patrimonio femenino, siendo con ello la maternidad un obstáculo que ha perpetuado desigualdad en la esfera reproductiva entre mujeres y hombres, los cuales han gozado de posición privilegiada a base de subordinación femenina. Diferentes atribuciones asociadas a la maternidad han traspasado el tiempo y están reflejadas en la mujer-madre en la actualidad.

Durante la época griega se establecen las bases de lo que se conoce como un patriarcado sólido, se vincula la figura femenina a la maternidad, se delega su posición en comparación con la masculina, ocasionando la aparición de una fuerte desigualdad que se mantendrá a lo largo del tiempo, la mujer se representa socioculturalmente desde una disimetría, donde la simbología, la literatura, los mitos conforman la imagen mujer-madre devaluada. Esta temprana etapa donde se está conformando lo que constituye la cuna de la civilización occidental bajo los preceptos de una sociedad fundada y definida por hombres se crea el "determinismo biológico", usando el proceso de nacimiento para definir a las mujeres, y como consecuencia de inicia la discriminación femenina basándose en la capacidad femenina de gestar, parir y lactar. La Roma clásica mantiene los conceptos fundados en la cultura griega pero deja su aportación, y esta se encuentra en la doctrina jurídica relativa a las familias, de



modo que legislan a favor del régimen patriarcal, será el hombre el encargado de determinar quién conforma su familia, delegando a la mujer a la función de gestar y parir, pero sin poder de decisión sobre sus hijos/as.

La tradición judeocristiana ha mantenido la imagen femenina vinculada a la maternidad y dependiente del poder masculino. En todo momento se resalta la supremacía masculina, dependencia femenina. En este contexto se vincula el dolor del parto al sufrimiento que la mujer debe superar como castigo divino, culpable de la expulsión del paraíso. Se da una explicación sociocultural a un hecho fisiológico, el dolor del parto, de modo que aunque se usa la biología para justificar la desigualdad, el concepto de maternidad se crea a partir de explicaciones culturales, situación que ha trascendido a lo largo del tiempo, representando el nacimiento como sufrimiento para la mujer consecuencia a su inferioridad, simbología que trasciende e influye a mujeres contemporáneas. La herencia cristiana aporta otras nociones al concepto de maternidad que han llegado hasta nuestro tiempo, la maternidad se relaciona con la Virgen María, se le atribuyen cualidades de mujer sufridora, capaz de sacrificarse como persona por su descendencia y marido, servicial y devota, renunciando a cualquier aspiración no vinculada a lo que se considera buena madre. Son diferentes las obras de la teología cristiana en las cuales se mantiene la subordinación e inferioridad de las mujeres, configurando el imaginario de lo que se supone ser mujer.

Durante el siglo XVIII no se valora a la mujer por la maternidad, situación que se rompe tras la Revolución Francesa, en este momento la mujer vuelve a ser delegada a una posición secundaria dentro del nuevo orden social establecido, y su posición quedará vinculada a la dedicación a la maternidad. Se comienza a hablar del “instinto maternal” presente en las mujeres que les hace aptas para el cuidado, y al cual se apela para confinar a las mujeres en su domicilio, convirtiendo el ámbito privado en el espacio femenino. La mujer adquiere valor socialmente por su capacidad para ser madre y cuidadora, y no como persona individual con otros potenciales si valorados en el varón.

La madre durante el proceso de industrialización va a continuar con el precepto de maternidad establecida, donde se vincula a la mujer al ámbito doméstico, y el hombre al público. Se desarrolla un nuevo concepto científicos y medicina donde la maternidad se convierte en un problema social que requiere ser abordado por especialistas, hasta el momento lo que se considera algo instintivo y exclusivo de mujeres sale del contexto público, se determina lo que se consideran buenas prácticas, y es cuando la maternidad comienza a contemplarse desde el ámbito sanitario. En este contexto la mujer será responsable del cuidado de los hijos, estos matices comentados se mantienen en la actualidad.

El movimiento feminista cuestiona el modelo tradicional, se plantea la maternidad como una opción o alternativa en la vida de las mujeres frente a la maternidad intensiva la cual se considera un sacrificio femenino, esta opuesta al ámbito público y conviene al sistema capitalista, la mujer realiza una tarea social sin coste. En España hasta hace relativamente poco la mujer se ha mantenido en el ámbito privado, dedicada a la maternidad, se pasa de la argumentación religiosa de la dedicación de la mujer a la maternidad al argumento científico, la maternidad vive una reconceptualización, pero el fondo es el mismo, legitimar desde la base científica la idoneidad femenina para el cuidado.

Como vamos a poder conocer a lo largo del capítulo la maternidad constituye un complejo fenómeno social, diferentes atribuciones se han otorgado a la mujer-madre para determinar

cómo debe ejercer la maternidad. Las mujeres siempre han sido apoyadas por otras mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, y es la matrona, la que profesionalmente se ha ocupado de brindar atención a las mujeres, y así se refleja en diferentes textos históricos, la asistencia estaba en manos femeninas. Al convertirse en un tema relevante desde el punto de vista sanitario, revestida del argumento biológico, da lugar a que la asistencia que se presta a las parejas carezca de individualidad, sea uniformada, además durante mucho tiempo la figura paterna ha sido excluida del proceso, y las matronas pierdan el lugar privilegiado como referente durante los partos, será en este momento cuando aparece el interés por el parto dentro de la medicina, cuerpo constituido por varones. Igual que el resto de procesos asistenciales, el nacimiento puede recibir atención medicalizada o humanizada, realizamos un pequeño recorrido que nos permite conocer los matices de cada modelo asistencial y las implicaciones que tiene para las parejas uno u otro modelo. Incluir la perspectiva de género dentro de la asistencia sanitaria que se presta a lo largo del proceso de nacimiento requiere romper con la asistencia del modelo médico hegemónico la cual se encuentra imbricada en una serie de ideologías y de prácticas de género que reproducen las desigualdades que repercuten en mujeres y hombres, favoreciendo el nuevo discurso de maternidad y paternidad que requiere implicar al hombre desde el proceso de nacimiento en el cuidado de sus hijos/as.

En último término realizamos una revisión de lo que la paternidad supone para el hombre, los nuevos modelos emergentes de paternidad que rompen con el tradicional de modelo de masculinidad, se contempla la realidad existente entre las parejas que acceden por primera vez a la maternidad y paternidad, como influye en sus vidas, las diferentes posibilidades que manejan para conciliar la vida familiar y laboral, y la existencia o no de la corresponsabilidad familiar. Como conclusión conocemos como la mujer sigue siendo la responsable de los cuidados y tareas domésticas, diferentes iniciativas estatales pretenden favorecer la incorporación masculina, pero la realidad muestra que la igualdad real no se ha conseguido, sino que está lejos de alcanzarse. El equipo sanitario que presta cuidados a la pareja durante el proceso de nacimiento desde su posición privilegiada como agente de salud que acompaña a las parejas posee una buena oportunidad de intervención para intentar establecer comportamientos que favorezcan la corresponsabilidad entre mujeres y hombres.

## 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA MATERNIDAD

Es necesario saber de dónde venimos, conocer la trayectoria a lo largo de la historia para poder entender dónde nos encontramos, cual es la situación actual, y así poder proponer cambios. En este sentido y teniendo presente el tema a tratar en este capítulo, estamos de acuerdo con Imaz<sup>36</sup> cuando dice: *“Historizar la maternidad implica aceptar que el cambio pasa por las formas de crianza infantil, así como reconocer que las mujeres están en la historia y hacen la historia a pesar de su maternidad y también desde ella”*.

La maternidad no es solo un “hecho natural”, sino que se ha ido construyendo culturalmente, depende de múltiples determinantes, se define y organiza en función de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de la historia<sup>37</sup>. Por lo tanto, y como muestra la definición, la construcción de la maternidad será entendida de forma diferente en cada etapa histórica, la cual será determinada en función de los intereses de los que han ostentado el poder. Hasta el siglo XXI no se reconoce el término maternidad, “maternitas” en latín, y

---

<sup>36</sup> Imaz, op.cit., p.145.

<sup>37</sup> Palomar, op.cit., p.36.

curiosamente no es utilizado para hacer referencia a la actividad desempeñada por las mujeres sino a la función protectora de la Iglesia respecto a los fieles y pobres<sup>38</sup>.

Durante mucho tiempo la maternidad ha permanecido en el olvido como objeto de estudio para las ciencias en el ámbito de la historia de las mujeres y del género<sup>39</sup>, por su carácter de naturaleza femenina y separada del contexto histórico y cultural, considerándola única y universal; su estudio se inicia gracias al cuestionamiento o crítica de las teorías feministas a la supuesta neutralidad de la ciencia<sup>40</sup> llevada a cabo por las antropólogas e historiadoras feministas, las cuales demuestran que *“las transformaciones que el paso del tiempo imprime en el quehacer humano, implica la necesidad de conocer el contexto de su aparición para poder comprender el sentido que encierra”*<sup>41</sup>.

Considerando el estudio de la historia de las mujeres, se debe tener en cuenta donde se sitúa a la maternidad, las madres tienen una historia, y como consecuencia de ello, la maternidad no se puede ver sólo como un hecho natural, atemporal, universal, sino que forma parte de una cultura que está en evolución continua<sup>42</sup>. Desde este punto de vista la mujer tiene plena libertad para el desarrollo de todas sus aptitudes y dirigir su vida, pero su liberación no se logrará a través de una asimilación y equiparación con respecto al hombre, sino que: “no habrá que hacer hincapié en “lo igual” sino en “lo diferente”, se rechaza la ecuación tradicional entre diferencia e inferioridad femenina, para favorecer la concepción de los sexos como complementarios, donde habrá ocasiones en las que el sexo femenino sea superior al masculino, lo cual queda resumido en el eslogan *“la igualdad dentro de la diferencia”*<sup>43</sup>. Se trata de que cada uno dentro de sus posibilidades sea capaz de desarrollarse como persona libre, sin que existan límites prefijados por el simple hecho de ser mujer o ser hombre, por la diferencia de sexo, por lo tanto, se admitan las diferencias inherentes a cada sexo y que desde estas diferencias se parta para alcanzar una igualdad de oportunidades.

En este capítulo se hace un breve recorrido sobre las transformaciones de la maternidad a lo largo de la historia de la cultura occidental y las implicaciones que ha tenido en la vida de las mujeres; realizar esta pequeña inmersión histórica nos va a permitir conocer las diferentes definiciones del concepto maternidad, y entender el peso que ha tenido las diferentes etapas de la historia en la creación del modelo contemporáneo de maternidad, sin olvidar que incluso en Occidente *“las mujeres no han sido siempre definidas exclusivamente por su papel en la crianza”*, por lo tanto su estatus no siempre ha dependido de roles reproductivos, no hay una continuidad en los dominios y funciones femeninas en la sociedad humana<sup>44</sup>.

### 1.1. EL Matriarcado y la Sociedad Arcaica

En un periodo muy antiguo de nuestra historia los hallazgos arqueológicos nos muestran la presencia de “Diosas” que representan un arquetipo femenino, pertenecientes según los hallazgos a sociedades organizadas, pacíficas y con una próspera evolución social, tecnológica

<sup>38</sup> Oiberman A, Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad, Psicodebate, 2004; 5.p.121.

<sup>39</sup> Bock G, Thane P, Maternidad y Políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950, Madrid, Ediciones Cátedra, 1996.p.23.

<sup>40</sup> Palomar, op.cit., p.36.

<sup>41</sup> Ibíd, p.38.

<sup>42</sup> Ibíd, p.40.

<sup>43</sup> Bock, Thane, op.cit., p.33.

<sup>44</sup> Imaz, op.cit., p .145.

y cultural, las cuales parecen ligadas a un orden matriarcal<sup>45</sup>. Como refiere Lucy Irigaray: *“las sociedades no patriarcales corresponden a aquellas tradiciones que poseen un orden cultural femenino transmitido de madres a hijas, pero las sociedades patriarcales se han encargado de borrar las genealogías de madre-hijas”*<sup>46</sup>.

Durante todo este tiempo la participación del padre en la procreación era ignorada, mientras que la de la mujer era evidente<sup>47</sup>, dado que dentro de su vientre crece la vida y es ella la encargada de dar a luz al nuevo ser. Las sociedades matriarcales poseían un orden social, donde el derecho femenino se basaba en: transmisión de los bienes y apellido de madre a hija, privilegio de las hermanas y del nacido en último lugar en una transmisión posterior, la importancia de la divinidad y de lo religioso para la filiación, la designación del país natal como *matría*, respeto a los lugares y divinidades locales, a los alimentos y Naturaleza, temporalidad respetuosa de los ritmos de la vida, ciclo de la luz, de las estaciones y los años, elevada moralidad fundada en el amor y la paz, una comunidad de todos los miembros del género humano, el árbitro femenino en materia de alianzas y resolución de conflictos y unos sistemas simbólicos ligados al arte, según dice Lucy Irigaray<sup>48</sup> de todos estos elementos que forman parte del derecho femenino se pueden encontrar huellas en los trabajos de Johann Jacob Bachofen. En esta época las mujeres son representadas como diosas, pero no diosas-madres, sino diosas –mujeres, donde su divinidad no corresponde al hecho de poder ser madres, sino a su identidad femenina<sup>49</sup>.

En estas sociedades la mujer se encuentra muy vinculada a la naturaleza, es la encargada de dar la vida, y por ello es valorada, pero no es simplemente la maternidad lo que se reconoce de las diosas, sino también por su identidad femenina. La mujer es valorada por todas sus aptitudes, habilidades y capacidades, y no sólo por la capacidad de engendrar hijos/as. La figura femenina no se vincula únicamente a la maternidad, esta es otra de las cualidades atribuidas a las posibilidades de la mujer, pero no se les prejuzga a partir de ella.

## 1.2. LA MITOLOGÍA GRIEGA

En la civilización griega se establecen las bases del patriarcado sólido y aquí la maternidad no tiene atisbo de idealización<sup>50</sup>. En la mitología griega existen “Diosas vírgenes” (Artemisa, Atenea y Hestia) y “Diosas vulnerables” (Hera, Démeter y Perséfone); las primeras representan la cualidad de la independencia y capacidad de centrar la conciencia en lo que tiene sentido para ellas, incluyen los atributos femeninos de competencia y autosuficiencia. En cambio, el segundo grupo de Diosas, representa el papel tradicional de esposa, madre e hija con necesidades de afiliación y vinculación, a lo que hay que sumar que estas Diosas son sometidas por los Dioses masculinos<sup>51</sup>. Nos encontramos por primera vez en la cultura occidental el nacimiento de la figura femenina vinculada a la madre, representada como lo débil, controlada por un sistema de dominación masculino; el poder es ejercido por los Dioses masculinos, los cuales “humillan, violan y dominan” a las Diosas. Esta representación de la mitología griega es

<sup>45</sup> Molina ME, Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer, Psykhe, 2006; 15(2).p.94.

<sup>46</sup> Irigaray L, Yo, tú, nosotras, Madrid, Cátedra-Feminismos,1992.p.15.

<sup>47</sup> Molina, op.cit., p.94.

<sup>48</sup> Irigaray, op.cit., p.87

<sup>49</sup> Irigaray, op.cit., p.106.

<sup>50</sup> Imaz, op.cit., 146.

<sup>51</sup> Molina, op.cit., p.94.

el comienzo de la subordinación de la mujer, partiendo del poder ejercido por el hombre y representado como Dioses poderosos y como cita Mercedes Madrid<sup>52</sup>:

*“Este dominio masculino supuso la creación de una idea de la “naturaleza” femenina en clara disimetría con la masculina, y así, cuando los varones se imaginaron a sí mismos, no lo hicieron como una parte de la especie humana, sino que se representaron como “el” ser humano, y sus habilidades y capacidades se representaron como las de toda la especie, lo que supone una desvaloración de las desarrolladas por las mujeres”.*

La dimensión sobrenatural de la maternidad en la cultura helénica es representada por la Diosa Démeter, entre las cualidades que se le atribuyen se encuentra la *“satisfacción en el cuidado y nutrición de otros”*<sup>53</sup>, Démeter se consideraba *“la Diosa de la tierra cultivada, iniciaba a los humanos en la vida organizada y previsora, en la agricultura”*, el culto a Démeter fue uno de los más antiguos de la Hélade<sup>54</sup>.

La poesía en la Grecia Antigua no sólo tiene valor estético, sino que forma parte de un sistema de representaciones y pensamiento más amplio, donde se incluyen el mito, el ritual, las instituciones políticas, familiares... lo que confiere a los poetas griegos un estatuto especial en la tarea de transmitir la sabiduría de la comunidad y las tradiciones<sup>55</sup>.

A pesar de tener una Diosa que representaba la maternidad, vinculada con la tierra, y por lo tanto con la fertilidad y la procreación, nos encontramos que *“el parto más asiduamente representado en la iconografía griega es el de Zeus trayendo al mundo a su hija Atenea”*<sup>56</sup>. La representación de este parto se encuentra en la obra literaria de Hesíodo, autor con el que se produce el nacimiento de la misoginia, en un contexto cultural donde hay una gran convulsión espiritual entre la Grecia arcaica y la nueva forma de pensar que nace en la ciudad, el “logos”, en el momento en que se está formando el orden cívico<sup>57</sup>. Hesíodo, en su obra la Tegonía, narra como *“Atenea nace completamente del cráneo de Zeus, cuando Prometeo (...) le abre la cabeza de un hachazo como remedio para su fuerte dolor de cabeza. Por lo tanto, la Diosa de la sabiduría no tuvo madre”*<sup>58</sup>. Con estas representaciones simbólicas del nacimiento los griegos transforman la visión original de la procreación sosteniendo que es el padre quien engendra, mientras que la madre cumple una función de nodriza del germen que ha sido depositado en sus entrañas<sup>59</sup>. Al respecto nos parece oportuna la cita de Beauvoir<sup>60</sup> donde señala:

*“Al atribuirse en exclusiva su posteridad, el hombre se libera definitivamente del poder de la feminidad, conquista contra la mujer el dominio del mundo. Consagrada a la*

---

<sup>52</sup> Madrid M, La Misoginia en Grecia, Madrid, Ediciones Cátedra, 1999.p.19.

<sup>53</sup> Molina, op.cit., p.94.

<sup>54</sup> Oiberman, op.cit., p.118.

<sup>55</sup> Madrid, op.cit., p.11.

<sup>56</sup> Oiberman, op.cit., p.119.

<sup>57</sup> Madrid, op.cit., p.330.

<sup>58</sup> Castellanos G, La custodia materna, la historia de la maternidad y el modelo de la maternidad intensiva citado en Castellanos G, Gaviria C, Ramírez JE, Restrepo OL, Salazar OF, Custodia compartida. Coloquio, Santiago de Cali: Universidad Icesi, 2006.p.13.

<sup>59</sup> Molina, op.cit., p.95.

<sup>60</sup> Beauvoir S, El segundo sexo. Madrid, Cátedra-Feminismos, 2005(1949).p.143-4.

*procreación y a tareas secundarias, despojada de su importancia práctica y de su prestigio místico, la mujer ya sólo aparece como sirvienta”.*

Nos encontramos con un Hesíodo donde *“la feminidad es utilizada como punto de referencia para resaltar la excelencia de lo masculino, tanto en el mundo humano como en el divino (...), considerando a la mujer pura negatividad en el mundo humano e infravaloración y expolio en el divino”*<sup>61</sup>.

Con la representación simbólica del parto de Zeus, dejando de lado a la mujer, la maternidad será secundaria e infravalorada, puesto que la mujer es considerada la portadora del nuevo ser, *“la depositaria del germen”*, pero no la encargada de engendrarlo<sup>62</sup>. De esta manera los griegos desplazan a la mujer dentro de la procreación a un segundo plano, a pesar de ser las encargadas de la gestación y el parto, y como señala Imaz<sup>63</sup>: *“Parir y criar era la función que las mujeres desarrollaban, aquello propio por su naturaleza, pero no era concebido ni como deber ni mucho menos como privilegio”*.

Resulta curioso la consideración que los científicos griegos tenían del proceso de gestación, se refieren al útero como un recipiente invertido, que se abre de forma alternativa para dejar pasar la menstruación, el esperma, el hijo y se cierra para retener la simiente masculina, proteger y alimentar al feto, esta hipótesis se encuentra recogida en el Corpus Hipocrático, redactado entre el siglo V e inicios del VI A.C.<sup>64</sup> Con esta representación desvalorizan totalmente la función de la mujer dentro de la procreación; la mujer es considerada un “contenedor” de aquello que es valioso y proviene del hombre. Su participación es considerada pasiva y no contribuye activamente en el proceso<sup>65</sup>.

En Homero nos encontramos con presencia de las mujeres en la Iliada y la Odisea, y a pesar de que las mujeres tienen una función social, la sociedad homérica es un mundo dominado por valores masculinos, como corresponde a la ideología patriarcal. En estas obras la mujer no es considerada igual que el varón, *“su naturaleza no las hace aptas para la guerra”*, pero esto es compensado con otras cualidades que pueden considerarse complementarias<sup>66</sup>. Por lo tanto, y a pesar de que son representadas como inferiores al hombre, en las obras de Homero, las mujeres tienen valor por otras cualidades que no están presentes en el hombre, lo que difiere totalmente de lo comentado en la poesía de Hesíodo.

Como se puede contrastar en la Grecia Clásica encontramos claras manifestaciones de misoginia, según el análisis que realiza Madrid<sup>67</sup> en su tesis sobre la misoginia en la literatura griega, distingue dos actitudes que manifiestan este mismo sentimiento y se van a dar en distinto grado dependiendo de los autores, y son: ginecofobia (hostilidad hacia la mujer nacida de un sentimiento de temor y odio), donde la imagen de la mujer responde a la de seres peligrosos y malignos, a los que temer y desear el mal, considerando que tienen un poder

---

<sup>61</sup> Madrid, op.cit., p.332.

<sup>62</sup> Oiberman, op.cit., p.119.

<sup>63</sup> Imaz, op.cit., p.146.

<sup>64</sup> Oiberman, op.cit., p.119.

<sup>65</sup> Desconocen el proceso de fecundación, al cual le han atribuido una representación que legitiman sus argumentos de superioridad masculina, pero el embarazo y parto a pesar de depender de la mujer no es tenido en cuenta.

<sup>66</sup> Madrid, op.cit., p.329-31.

<sup>67</sup> *Ibíd.*, p.13.

superior que es una amenaza; y el sexismo (menosprecio inspirado en la creencia de que el sexo masculino es superior al femenino), las mujeres son inferiores y lo único que inspiran es desprecio y minusvaloración, siendo el sexismo un correlato directo de la subordinación de las mujeres, que será constante en otras sociedades y culturas. El discurso sobre la alteridad de la mujer y la existencia de una “raza de mujer” se construye, en el momento en que se está formando el orden ciudadano y la necesidad de los ciudadanos de definir su propia identidad frente a las mujeres y justificar la marginación política a la que las someten<sup>68</sup>. El hombre se está definiendo como ciudadano, y para ello toma como referencia a la mujer, que considera inferior frente a su condición de ciudadano. En el momento en que se desarrolla esta sociedad, la mujer quedará fuera de lo que se considera ciudadanos, y el hombre necesita realizar esta desvaloración de la figura femenina para afirmarse en su superioridad.

Como ejemplo de ello se tienen los diferentes discursos de los filósofos. Platón, refiere en La República que las mujeres pueden tener diferentes prerrogativas: “no da el menor valor a las aptitudes y habilidades femeninas y lógicamente, al no integrarlas en las cualidades humanas que se valoran y seguir siendo los varones el punto de referencia de lo valioso, las mujeres son consideradas inferiores”<sup>69</sup>, o en El Timeo, refiere que un hombre que haya sido malvado puede recibir como castigo el regresar en una próxima vida como mujer.

Aristóteles, en La Política, afirma que “entre los sexos, el masculino es por naturaleza superior y el femenino el inferior; el masculino dominante y el femenino subyugado”<sup>70</sup>. Se encarga de definir a las mujeres por su inferioridad anatómica y fisiológica y las caracteriza por la carencia frente al hombre, al atribuirles la incapacidad para engendrar, en vez de considerar para la definición de hembra los rasgos propios, como hace con el macho, traslada a la totalidad del mundo animal el a priori de la inferioridad de las mujeres basada en la subordinación social, y les niega toda independencia moral, debido a la incapacidad de controlar sus emociones con la razón, por ello las somete a la razón del hombre<sup>71</sup>. Refiere que la mujer se define en virtud de la carencia de cualidades y su carácter es naturalmente defectuoso<sup>72</sup>, apela a la naturaleza para justificar las diferencias entre los hombres y las mujeres<sup>73</sup>, siendo el promotor del determinismo biológico<sup>74</sup>.

Para ambos pensadores griegos la mujer representa la inferioridad, ya se ha señalado con anterioridad la consideración de los griegos respecto a la menor contribución de la mujer en la procreación respecto al hombre: “Específicamente, el hombre contribuye a la forma o esencia del embrión mientras que la mujer meramente provee la nutrición necesaria para

---

<sup>68</sup> Ibíd., p.342.

<sup>69</sup> Madrid, op.cit., p.344.

<sup>70</sup> Warner M, Tú sola entre las mujeres, Madrid, Taurua.1991. Citado en Castellanos G, La custodia compartida, la historia de la maternidad y el modelo de la maternidad intensiva” en Castellanos, Gabriela et al. , Custodia Compartida, Colóquio, Cali, Centro Interdisciplinario de Estudios Sociales, 2006.

<sup>71</sup> Madrid, op.cit., p.343.

<sup>72</sup> Beauvoir, op.cit., p.50.

<sup>73</sup> Maquieira V, Género, diferencia y desigualdad. Citado en Beltrán E et al., Feminismos. Debates teóricos contemporáneos, Madrid, Alianza Editorial, 2005.p.130.

<sup>74</sup> Entre las características que se asumen al determinismo biológico es que los individuo son ontológicamente previos a la sociedad y por tanto sus características son consecuencia de la biología, los procesos sociales son consecuencia de las características biopsicológicas de los individuos, se equipara lo “innato” a lo “inmutable” .Maquieira, op.cit., p.131-2.

*mantenerlo*<sup>75</sup>, en otras palabras, el hombre es el encargado de dar la vida, mientras la mujer es considerada el complemento del proceso de procreación, que aunque sea necesaria para engendrar, no deja de ser considerada secundaria en el proceso, a pesar de ser la mujer la encargada de la gestación y el parto.

Este odio hacia la mujer también se encuentra en otras obras de la literatura de la Grecia Clásica, entre las obras de Eurípides<sup>76</sup>, en *Medea*, se cita la queja de Jasón ante Zeus pidiéndole que la eliminación de la mujer y busque otro método para “engendrar hijos” sin que ellas existan. Este mismo autor en la obra *Hipólito*, ofrece la solución para reducir la dependencia del hombre hacia la mujer en el proceso de la reproducción: “*el joven le sugiere a Zeus que los hijos provengan como respuesta divina a las ofrendas de oro, hierro y bronce hechas en los templos, a fin de eliminar la función materna, única razón por la cual no se puede prescindir de la mujer*”.

Considerando estas obras literarias que narran historias sobre la mitología Griega, trasciende claramente la representación de la supremacía masculina sobre todo lo femenino, llegando incluso a querer arrebatarle aquello que por naturaleza los hombres no podrán llegar a realizar, “dar a luz un ser vivo”, y que si en este momento solicitan a los dioses una alternativa donde la mujer no aparezca como protagonista del proceso, veremos más adelante como en otras etapas de la historia, la maternidad que si asignan a la mujer como función principal, será uno de los argumentos utilizados para conseguir reprimir y dominar a la mujer.

### 1.3. LA HERENCIA ROMANA

La cultura Romana supone un continuum de la Grecia Clásica, pero con aportes específicos, entre los que se encuentran un conjunto de leyes y doctrina jurídica que situará la función materna dentro del marco familiar. Nos encontramos con que:

*“El derecho romano es patriarcal: instruye en la familia el poder del **pater familias** sobre los hijos. Ello se debe sin duda a la preocupación por designar y confirmar al padre. Ya que el embarazo y el parto señalan a la madre, pero hasta hace muy pocos años, el vínculo biológico entre un hombre y un hijo carecía de evidencia: “**patersemperincertus**”<sup>77</sup>.*

El padre será encargado de decidir el futuro de su hija/o, si forma parte o no de la familia, tras el nacimiento la partera deposita al recién nacido en el suelo, si el padre lo/la acepta será presentado a la familia, si por el contrario es rechazada/o, la/lo dejará a merced de los Dioses<sup>78</sup>. El padre ostenta el poder absoluto sobre su descendencia<sup>79</sup>, sin limitaciones legales y como refiere Imaz “*la prerrogativa de la patria potestad detentada de forma absoluta y que,*

<sup>75</sup> Agonito R, *History of ideas on Women*, New Cork, Perigee Books.1977. Citado en Castellanos G, *La custodia compartida, la historia de la maternidad y el modelo de la maternidad intensiva* en Castellanos, Gabriela et al., *Custodia Compartida*, Colóquio, Cali, Centro Interdisciplinario de Estudios Sociales, 2006.

<sup>76</sup> Castellanos, op.cit., p.12.

<sup>77</sup> Oiberman, op.cit., p.119.

<sup>78</sup> *Ibid.*, p.119.

<sup>79</sup> Cicerón (*Pro Domo*, 30) recuerda que el padre tenía sobre el hijo: derecho de vida o muerte, derecho de castigarlo a su antojo, de hacerlo flagelar, de condenarlo a prisión, y por último de excluirlo de la familia. Citado en Badinter E, *¿Existe el instinto maternal? Historia del instinto maternal*. Siglos XVII al XX, Barcelona, Paidós, 1991.



*evolucionada, llega a nuestros días ha focalizado, tal vez, la atención en la autoridad suprema del pater familias*<sup>80</sup>.

Si los griegos consideraban que la madre es el recipiente del embrión engendrado por el hombre, la cultura romana va todavía más allá, llegando a ser el hombre quien tiene la potestad para decidir si el/la recién nacido/a debe o no vivir. La mujer queda reducida al ejercicio de gestar y parir, pero no tendrá ningún tipo de poder sobre la decisión de que su descendencia forme parte de la familia. En esta situación y según como revela la literatura la mujer desposeída de cualquier tipo de poder va a ejercer influencia a través de sus hijos varones, sobre todo en las clases altas romanas donde la mujer deja la crianza en manos de esclavas o nodrizas para intentar aumentar sus capacidades políticas y económicas menguadas por los poderes públicos<sup>81</sup>.

Ambas culturas clásicas, la griega y la romana, base de la cultura de Occidente, fundan los pilares para construir una sociedad desigual entre las mujeres y los hombres, con dominación masculina y subordinación femenina, basada en un orden patriarcal, que dependiendo de la época será defendido con diferentes argumentos, pero con la mismas consecuencias: subordinación y desvaloración de lo femenino.

#### 1.4. LA MADRE JUDEOCRISTIANA

La tradición de la religión judeocristiana ha tenido y aún tiene importantes consecuencias en la historia de las mujeres, su *"bagaje ideológico sobre la inferioridad moral de las mujeres y de la maternidad subordinada al padre como exclusiva forma de redención de la mujer frente a Dios"*<sup>82</sup>, perdura en la actualidad.

Partiendo del antiguo Testamento, en el libro del Génesis, nos encontramos con la primera aportación de misoginia, por parte de la teología, cuando narra la creación de los primeros seres humanos por Dios, el cual primero creó al hombre, Adán, a su imagen y semejanza, y de éste a la mujer, Eva, a partir de una parte de su cuerpo, la costilla de Adán<sup>83</sup>.

Resulta importante en primer término resaltar como se da la creación primero del sexo masculino, dejando claro la superioridad de éste, puesto que la mujer no será moldeada del barro como el hombre, sino se creará a partir de la figura masculina ya existente. En este momento la dependencia masculina respecto a la mujer en relación con las capacidades reproductivas se invierte<sup>84</sup>. Esto recuerda a lo que se menciona en la cultura clásica, cuando en las obras de los literarios griegos se narra el nacimiento de una Diosa (Atenea) a partir de un Dios masculino (Zeus), que no requiere la participación de la mujer para ello; el mismo argumento de creación de la vida a partir del hombre, en vez de la mujer, como sucede en realidad, pero explicado de forma diferente.

---

<sup>80</sup> Imaz, op.cit., p.147.

<sup>81</sup> Imaz, op.cit., p.147.

<sup>82</sup> Ibíd.

<sup>83</sup> Biblia de Jerusalén, Génesis 1:26-28, Bilbao, Editorial Española Descleé de Brouwer. 1975.

<sup>84</sup> Tubert S, Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología, Madrid, Siglo XXI, 1991.p.68. Citado en Imaz E, Mujeres gestantes, madres en gestación. Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas, Tesis doctoral, País Vasco, Universidad del País Vasco, 2008.

Otro aspecto a destacar de la creación de los seres humanos es que Eva es creada a partir del apéndice de Adán, *“como su ayudante, no como un ser con valor propio, intrínseco”*<sup>85</sup>. Mientras que la función de la figura femenina no pasará de mera ayudante o sirvienta del varón, nos encontramos con la figura masculina representada simbólicamente en Adán, que tiene la misión de usufructuar la tierra y dominar el mundo y servir a Dios<sup>86</sup>. Adán representa el dominio o poder, y aunque también debe servir, es a Dios, y no como le sucede a la mujer que a quien debe servicio es al hombre.

La tradición judeocristiana asimiló esta noción de sexo único y confirmó a las mujeres como seres imperfectos, no fueron creadas por Dios, sino derivadas del varón, siendo esta la *“primera justificación de la subordinación femenina”*<sup>87</sup>. La mujer no solo será considerada inferior, sino que al compararla con el hombre, se refieren a ella como una obra inacabada; las diferencias entre los cuerpos son consecuencia de un defecto de creación, y precisamente ese defecto es el cuerpo femenino, y no el masculino, siendo este otro de los argumentos que durante siglos utilizan para mantener la supeditación femenina.

Si seguimos con el relato de la creación nos encontramos con que Eva accede a la tentación de la serpiente, representación de Satanás, cometiendo lo que se considera el pecado original, y siendo la responsable por ello de la expulsión de ambos del paraíso. La respuesta de Adán cuando Dios le pide cuentas de la desobediencia es *“La mujer que me diste por compañera me dio de ese fruto, y yo lo comí”*<sup>88</sup>, por tanto, echa la culpa totalmente a Eva; la mujer desde ese momento será la responsable de no poder vencer la tentación de probar aquello prohibido.

Eva representa la imagen de la tentación y es considerada la culpable de la desventura de Adán, y como castigo divino recibirá el sufrimiento en el momento del parto: *“Parirás con dolor. Tu pasión irá a tu hombre y te dominará”*<sup>89</sup>. El parto con dolor es señalado como castigo de Eva por su pecado original, sin embargo el castigo que se le impone al varón se relaciona con la necesidad de laborar<sup>90</sup>.

El simbolismo presente en el Antiguo Testamento representa a la mujer como débil, culpable, ya desde su creación, y por lo tanto, inferior al hombre. La condena a sufrir dolor durante el parto, cuestión que ha trascendido a la actualidad, no es considerada consecuencia del proceso fisiológico del parto, sino del pecado original. La mujer es responsable del dolor y tiene que sufrirlo como castigo por sus actos y única forma de redimirse. Esta representación del nacimiento está tan asimilada en la cultura occidental que aun hoy pesa en las parturientas<sup>91</sup>.

El mito del Génesis expresa la toma de conciencia respecto a la sexualidad humana, la cual es difícil dominar, pero mediante el matrimonio se asentará la base del control de la sexualidad y fecundidad femenina<sup>92</sup>. El Antiguo Testamento contiene más ejemplos de representación de la mujer con calificaciones negativas como débil, caprichosa o es presentada como la posesión

---

<sup>85</sup> Castellanos, op.cit., p.13.

<sup>86</sup> *Ibíd.*

<sup>87</sup> Imaz, op.cit., p.148.

<sup>88</sup> Biblia de Jerusalén, Génesis 3:1, Bilbao, Editorial Española Descleé de Brouwer. 1975.

<sup>89</sup> Biblia de Jerusalén, Génesis 3:16, Bilbao, Editorial Española Descleé de Brouwer. 1975.

<sup>90</sup> Castellanos, op.cit., p.13.

<sup>91</sup> Oiberman, op.cit., p.120.

<sup>92</sup> *Ibíd.*

del hombre al igual que posee animales. Será vista como impura, específicamente debido a su función reproductiva. En la religión hebraica debido a esta función la mujer no puede participar en ritos de la misma forma en que participa el hombre<sup>93</sup>. De los textos del Antiguo Testamento se desprenden una serie de consecuencias para la imagen y la condición de Eva, esta idea se abrirá camino enseguida y por tradición prevalecerá a las palabras de Cristo<sup>94</sup>, llevando consigo la representación de la mujer como inferior al hombre, que prevalecerá a lo largo de la historia.

La herencia cristiana nos ha dejado la imagen de la Virgen María, que hace que la maternidad sea espiritual, no natural, ni fisiológica, de modo que *“la misma biología de la maternidad de María desaparece al espiritualizarse”*<sup>95</sup>. Se idealiza la figura de la maternidad, y a la vez se devalúa la maternidad fisiológica, al crear un modelo de maternidad totalmente inalcanzable para la mujer, puesto que María engendra con la ayuda del Espíritu Santo, sin necesidad de perder la virginidad, lo cual es imposible para la mujer, siendo la virginidad y la maternidad contrarios. En este momento surgen dos figuras de mujer: la madre y la virgen, las cuales son aceptables para el imaginario cristiano. En la mujer-virgen se encuentran las cualidades de pureza, no corrupción, y en la mujer-madre aparece la figura de *“Madre Dolorosa”*: *“el modelo cristiano de maternidad la relaciona con la entrega total al hijo”*<sup>96</sup>, el culto a María es la vía para construir este modelo de maternidad donde las mujeres se deben sacrificar por sus hijos/as, y aceptan todo tipo de dolor, renunciando a la sexualidad y al placer terrenal<sup>97</sup>.

Como señala María Elisa Molina<sup>98</sup> esta figura de virgen consagrada, esposa casta y dócil con devoción por su descendencia revaloriza lo femenino, permitiendo a la mujer configurar su vida como un *“camino de transformación social, participación y dignificación de la mujer”*.

La figura de María a diferencia de las anteriores Diosas de la cultura clásica, como puede ser Démeter, no tiene nada que ver con ellas: *“no era madre por la carne, sino por el Espíritu, no transmitía vida, sino la fe”*<sup>99</sup>. Afirma Knibiehler<sup>100</sup>:

*“... al elevar la maternidad por encima de la naturaleza...e inclusive por encima de la afectividad, la arranca de la inmanencia, la transfigura: abre el acceso a la trascendencia para las mujeres más humildes. El mito y culto a la virgen María permitieron que los cristianos compensaran la desaparición de las diosas con la ascensión de mujer, pero de una sola mujer”*.

En este punto de la historia nos encontramos con la figura de una mujer que sufrirá en el momento del parto y también lo hará por sus hijos a lo largo de la vida, por tanto la buena madre se dedicará por completo al servicio del hombre y su descendencia, olvidándose o dejando de lado sus propios beneficios o placeres, admitiendo de buena gana el sufrimiento al

---

<sup>93</sup> Castellanos, op.cot., p.14.

<sup>94</sup> Badinter, op.cit., p.21-2.

<sup>95</sup> Castellanos, op.cit., p.15.

<sup>96</sup> Ibíd.

<sup>97</sup> Warner, op.cit.

<sup>98</sup> Molina, op.cit., p.95.

<sup>99</sup> Oiberman, op.cit., p.120.

<sup>100</sup> Knibiehler I, Historia de las madres y de la maternidad en Occidente, Buenos Aires, Editorial Nueva Visión, 2001. Citado en Oiberman A, Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad”, Revista Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad, 2004; 5.p.121.

que estará sometida por destino. Este modelo de maternidad cristiano que parte de unas raíces misóginas, ha trascendido y está muy vigente en la actualidad; la mujer tiene como función la procreación, crianza y sumisión al varón.

### 1.5. LA MATERNIDAD DURANTE LA EDAD MEDIA

La Edad Media representa uno de los periodos más misóginos de la historia de las mujeres, durante la cual se seguirán las doctrinas de la Iglesia Católica. Como refiere Badinter<sup>101</sup>, Cristo predica el amor al prójimo, fortaleciendo así el compañerismo y la igualdad entre esposos, *“el mensaje de Cristo era claro: marido y mujer eran iguales y compartían los mismos derechos y deberes respecto a sus hijos”*, pero a pesar de la franqueza en estas palabras, algunos apóstoles y teólogos se encargan de interpretar el mensaje de Cristo hasta llegar al punto de traicionarlo y usar su palabra para transformar parcialmente la condición de la mujer<sup>102</sup>. Utilizaron la teología cristiana para fortalecer y justificar la autoridad paternal y marital, para lo cual se valieron de los textos cargados de consecuencias para la historia de las mujeres, entre ellos el Génesis y la Epístola de los Efesios de San Pablo<sup>103</sup>. En el apartado anterior ya se ha comentado las interpretaciones del Génesis, prosiguiendo con los ejemplos de las escrituras bíblicas nos encontramos con más referencias al poder masculino. En la Epístola de los Efesios de San Pablo<sup>104</sup> se describe al hombre como cabeza de la mujer, así como Jesucristo era la cabeza de la Iglesia:

*“Las casadas estén sujetas a sus maridos como al Señor; porque el marido es cabeza de la mujer, como Cristo es cabeza de la Iglesia, y salvador de su cuerpo. Y como la Iglesia está sujeta a Cristo, así las mujeres a sus maridos en todo”*.

Con este argumento el hombre pasa a ser el jefe de la pareja, porque fue el primero en la creación y dio nacimiento a la mujer, San Pablo recomendó la sumisión de la mujer<sup>105</sup>. En este tipo de discursos se interpreta sin dificultad la jerarquía entre el hombre y la mujer, donde el hombre representa la espiritualidad, frente a la mujer que es esencialmente corporal<sup>106</sup>.

Otra de las figuras que se encarga de defender la subordinación de la mujer es Santo Tomás de Aquino, el cual llega a decir que *“la imagen de Dios se encuentra en el hombre y no en la mujer: pues el hombre es el comienzo y el fin de la mujer, como Dios es el comienzo y el fin de toda criatura”*<sup>107</sup>. De esta forma la mujer depende del hombre para llegar a Dios, puesto que la imagen de éste se encuentra en él.

Con toda esta serie de visiones y discursos se van configurando un imaginario de lo que supone ser mujer; por un lado se encuentra el símbolo de Eva, con todo lo negativo que representa para la mujer (derivado de la carga del pecado original), y en contraposición la

---

<sup>101</sup>Badinter, op.cit., p.18.

<sup>102</sup>Ibíd.

<sup>103</sup>Ibíd.p.21-2.

<sup>104</sup>Biblia de Jerusalén.Efesios 5:22-24. Bilbao: Editorial Española Desclée de Brouwer. 1975

<sup>105</sup>Badinter, op.cit., p.22.

<sup>106</sup>Roca i Girona J, De la pureza a la maternidad. La construcción del género femenino en la postguerra española, Madrid, Ministerio de Educación y Cultura, 1996.p.307.

<sup>107</sup>Tomás de Aquino, SummaTheologica I, 93, 4ADI. Citado en Castellanos G, La custodia compartida, la historia de la maternidad y el modelo de la maternidad intensiva en Castellanos, Gabriela et al. Custodia Compartida, Colóquio, Cali, Centro Interdisciplinario de Estudios Sociales, 2006.p. 5-27.

figura de María, modelo de mujer inaccesible debido a su maternidad virginal. En consecuencia durante este periodo de la historia existe una extrema valoración de la virginidad: *“parece haber en la cultura de la época, particularmente en los varones, una especie de aversión al ingreso a la vida, lo que confluye a la exacerbación de la virginidad como virtud”*<sup>108</sup>.

Como ya se ha mencionado es en el siglo XII cuando los clérigos inventan la palabra “maternitas”, la cual es una palabra simétrica a “paternitas”, que se utilizará para caracterizar la función de la Iglesia en el mismo momento en que se produce una expansión del culto a Notre-Dame. Con ello pretende reconocer una dimensión espiritual de la maternidad, sin dejar de despreciar la maternidad carnal<sup>109</sup>.

El discurso de la maternidad está dominado por los aspectos fisiológicos y reafirma a la madre su función puramente nutritiva, la obligación primera de la mujer es engendrar hijos<sup>110</sup>, pero siempre dentro del matrimonio. A la mujer le corresponde una fidelidad absoluta al hombre, la procreación legítima en la relación conyugal, y la esterilidad es vivida como una condenación que puede romper la unión conyugal<sup>111</sup>.

Durante todo este periodo la construcción de la maternidad no sólo recibe influencias de la ideología católica, sino también, y como es lógico, puesto que no sólo depende de la biología, será influenciada por las condiciones socioeconómicas y políticas del momento. El medievo se caracteriza por la existencia de unas condiciones de pobreza extrema de los siervos que conlleva una alta mortalidad infantil, lo cual conduce a un paulatino desinterés por la descendencia, intentan no apegarse a los niños/as, pues morían con mucha facilidad, por todo lo anterior la devaluación de la niñez tuvo un papel muy importante en la devaluación de la función materna<sup>112</sup>.

En definitiva, en esta etapa de la historia nos encontramos con una mujer dedicada al ejercicio de la maternidad, donde el valor de la figura femenina está relacionado con la obediencia, servilismo y fidelidad al hombre, el cual representa el poder, frente a su inferioridad, a pesar de que dentro del matrimonio se espera que la mujer sea capaz de procrear, ya se ha comentado como la infertilidad era considerada una condena, la mujer no es reconocida por esta función, por lo tanto la maternidad, al igual que la niñez no están consideradas o valoradas en este periodo, siendo una actividad insignificante, que lleva a la mujer como encargada de la misma a ser considerada también como insignificante o carente del valor que si se le da al hombre.

## 1.6. LA MATERNIDAD GLORIFICADA: SIGLO XVIII

La maternidad sigue siendo una actividad atribuida a la mujer, y por ello, no es valorada, hasta el punto de que las madres de clase media-alta y las aristócratas, sobre todo si habitaban en zonas urbanas, se desentendían de la crianza de sus recién nacidos/as y los dejaban en manos de nodrizas y amas de cría<sup>113114115</sup>; en este periodo también se seguía practicando el fajamiento

<sup>108</sup> Molina, op.cit., p.96.

<sup>109</sup> Oiberman, op.cit., p.121.

<sup>110</sup> Molina, op.cit., p.96.

<sup>111</sup> *Ibíd.*

<sup>112</sup> Castellanos, op.cit., p.16.

<sup>113</sup> *Ibíd.* p.17.

<sup>114</sup> Oiberman, op.cit., p.122.

de los bebés<sup>116</sup>, se les enviaba a granjas o pensionados durante los primeros años de vida<sup>117</sup>, las tareas de crianza eran reducidas al mínimo, no había nada de glorioso en el amamantamiento<sup>118</sup>.

Como ejemplo de la situación Badinter<sup>119</sup> cita el testimonio datado en 1780 dónde se refiere que:

*“El lugarteniente de policía Lenoir constata no sin amargura que sobre los veintiún mil niños que nacen por año en Paris, apenas mil son criados por sus madres. Otros mil, privilegiados, son amamantados por nodrizas en la casa paterna. Todos los demás pasan del seno materno al domicilio más o menos lejano de una nodriza a sueldo.”*

Estas prácticas fueron asociadas a unas altas tasas de morbi-mortalidad infantil, los infantes son poco valiosos, la maternidad está devaluada culturalmente, al igual que la devoción hacia los/as hijos/as<sup>120121122</sup>. Algunos autores sugieren que el distanciamiento respecto a la descendencia que existía en esta época en Europa se debía a un escudo o coraza emocional que protege a los progenitores (sobre todo a la madre) respecto a la muy probable mortalidad del bebé, siendo una actitud que expresa el instinto de conservación de los padres<sup>123124</sup>.

Entre las causas más frecuentes que se han barajado como explicación del abandono sufrido por los niños/as en esta época en manos de nodrizas se encuentran la situación económica, y cuando esta explicación es insuficiente se recurre al factor social, *“era la ideología dominante lo que determina la opción de la mujer”*<sup>125</sup>. Para poder comprender el rechazo que sufren las mujeres de la época hacia la maternidad es necesario recordar que estas tareas no merecen ningún tipo de atención, ni valoración por parte de la sociedad. Las mujeres no ganaban reconocimiento de ningún tipo siendo madres, y sin embargo, esa era su función principal<sup>126</sup>. Pero aquellas mujeres con pertenencia a las clases privilegiadas *“quisieron brillar fuera de sus casas antes que permanecer confinadas dentro”*<sup>127</sup>, las tareas domésticas no le daban valor o reconocimiento y preferían usar su tiempo en ellas mismas.

Durante el siglo XVIII se empieza a gestar un cambio en el contexto de la maternidad, sobretudo en ciertos grupos sociales como la burguesía; entre los factores que influyen en el cambio se encuentran una declinación de la influencia de la Iglesia, los economistas de la

---

<sup>115</sup>Badinter, op.cit., p.50.

<sup>116</sup>Ibíd.p.100.

<sup>117</sup>Ibíd.p.48-50.

<sup>118</sup>Imaz, op.cit., p.150.

<sup>119</sup>Badinter, op.cit.11.

<sup>120</sup> Molina, op.cit., p.98.

<sup>121</sup>Oberman, op.cit., p.122.

<sup>122</sup> Castellanos, op.cit., p.17.

<sup>123</sup>Ariès P, El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen, Madrid, Taurus.1987. Citado en Imaz E, Mujeres gestantes, madres en gestación. Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas, Tesis doctoral, País Vasco, Universidad del País Vasco, 2008.

<sup>124</sup>Badinter,op. Cit., p.65.

<sup>125</sup>Ibíd.p.58-9.

<sup>126</sup> Ibíd., p.78-9.

<sup>127</sup> Ibíd., p.82.

época afirman que la riqueza se construye gracias a la calidad/cantidad de los habitantes y también repercutió la ideología de la Revolución Francesa<sup>128129130</sup>.

La maternalización de la mujer es coetánea a la Revolución Francesa, la madre es la responsable de alumbrar a los nuevos compatriotas, pero queda simbólicamente excluida del pacto entre hermanos que se funda el nuevo orden social<sup>131</sup>. En este nuevo contexto se producen cambios en las atenciones higiénicas y nutricionales hacia los/as recién nacidos/as, que empiezan a tener gran importancia, y empiezan a tener interés los discursos dirigidos a erradicar la lactancia mercenaria, a la cual atribuían funestas consecuencias<sup>132</sup>. Pero las críticas iban dirigidas a las clases acomodadas, los/as hijos/as de las clases desfavorecidas no eran tomadas en cuenta en los discursos<sup>133</sup>, y como consecuencia de éstas la imagen de las nodrizas sufrió una degradación significativa<sup>134</sup>.

Uno de los responsables de las nuevas ideas sobre la maternidad fue Jean Jacques Rousseau, este pensador no católico y huérfano de madre idealizó el amor materno<sup>135</sup>, y señala la maternidad como el objetivo central de la vida de la mujer, apoyándose en teorías biológicas donde la maternidad es considerada como instintiva<sup>136</sup>, refiere en sus escritos que son las madres las que se tienen que encargarse del amamantamiento, no sólo por razones biologicista, sino también por reforzar el vínculo afectivo a partir del contacto carnal madre-hijo<sup>137</sup>. En su libro Emilio plantea la “sacralización del niño”<sup>138</sup>, los niños debían ser valorados, tratados con cariño y protegidos de la corrupción de la sociedad, como se muestra en la siguiente cita<sup>139</sup>:

*“Pero que las madres se dignen amamantar a sus hijos, y las costumbres se reformarán por sí mismas, se despertarán en todos los corazones los sentimientos de la naturaleza; se repoblará el estado: este primer punto, este solo punto lo reunirá todo. El atractivo de la vida doméstica es el mejor contraveneno de las malas costumbres. El jaleo de los niños, que se considera importuno, se convierte en agradable; hace al padre y a la madre más necesarios, más queridos entre sí; estrecha en ellos el lazo conyugal. Cuando la familia está viva y animada, los cuidados domésticos son la más estimada ocupación de la mujer y el más dulce entretenimiento del marido. Así, de este solo abuso corregido resultaría muy pronto una reforma general, no tardaría la naturaleza en recobrar todos sus derechos. Que de una vez vuelvan a ser madres las mujeres y bien pronto volverán a ser padres y maridos los hombres”.*

---

<sup>128</sup> Molina, op.cit., p.96-7.

<sup>129</sup> Oiberman, op.cit., p.122.

<sup>130</sup> Castellanos, op.cit., p.18.

<sup>131</sup> Imaz, op.cit., p.151.

<sup>132</sup> Badinter, op.cit.

<sup>133</sup> Ibíd.

<sup>134</sup> Imaz, op.cit., p.156.

<sup>135</sup> Oiberman, op.cit., p.123.

<sup>136</sup> Molina, op.cit., p.98.

<sup>137</sup> Oiberman, op.cit., p.123.

<sup>138</sup> Castellanos, op.cit., p.18.

<sup>139</sup> Rousseau JJ, Emilio o de la educación, Madrid, Editorial EDAF, 1985.p.40.

Rousseau en 1762 se encargó de cristalizar las ideas nuevas y da un impulso a la familia nueva, aquella que se funda en el amor maternal<sup>140</sup>, y mantiene a la mujer confinada en el espacio doméstico al cuidado de su descendencia, de la cual es la responsable primera. En su discurso refiere como los cuidados para la mujer son una ocupación y para el padre un entretenimiento.

En este contexto se produce lo que se ha denominado la “*glorificación de la maternidad*”, como menciona Castellanos<sup>141</sup>:

*“El cuerpo de la mujer se convirtió en la matriz del cuerpo social: había que readaptarlo a la función reproductora. El amor materno y la consagración total de la madre a su hijo se convirtieron en un valor para la civilización y en un código de buena conducta. El cuerpo de la mujer –primer refugio de cualquier ser humano- se transformó en un espacio digno de atenciones y cuidados”.*

Se pasa de una maternidad devaluada, donde la mujer no tiene ninguna importancia, a centrar toda la atención en la capacidad biológica de engendrar que posee el cuerpo femenino, y no queda aquí, puesto que como se ha comentado también debe encargarse del amamantamiento y crianza de la descendencia, lo cual hasta ahora y sobretodo en las clases medias-altas se delegaba a otras mujeres. Con el ejercicio de estas funciones que se le han atribuido a la mujer será valorada dentro de la sociedad, algo totalmente nuevo hasta el momento, en este sentido para que una mujer sea tenida en cuenta debe primero ser madre y además ejercer esta función según los dictados asociados al nuevo código de buena conducta.

Se produce el ensalzamiento de la maternidad, pero para ello se ha necesitado que la infancia se haya considerado un periodo decisivo en la formación del ser humano<sup>142</sup>, por lo tanto, el nuevo valor que adquiere la mujer no lo hace como persona individual, sino por su capacidad de ocuparse de los nuevos ciudadanos, para que estos lleguen a la edad adulta en las mejores condiciones posibles, tanto físicas como psicológicas.

La Revolución Francesa supuso un importante cambio en la ideología del mundo occidental, se instituyó el matrimonio civil y el divorcio, lo cual ayudó a las mujeres a tomar conciencia de su responsabilidad social y su condición de ciudadanas, pero sin embargo se prohíben las sociedades femeninas o la entrada en asambleas políticas. El discurso del convencional Chaumette en 1794 lo reafirma de esta manera<sup>143</sup>:

*“La naturaleza le dice a la mujer, sé mujer. Los tiernos cuidados de la infancia, las dulces inquietudes de la maternidad, esos son trabajos. ¿Pero merecen una recompensa estas ocupaciones asiduas? Y bien la tendrá. Serás la divinidad del santuario doméstico, reinarás sobre todo lo que te rodea a través del encanto invencible de la gracia y de la virtud”.*

---

<sup>140</sup> Badinter, op.cit., p.39.

<sup>141</sup> Castellanos, op.cit., p.123.

<sup>142</sup> Imaz, op.cit., p.150.

<sup>143</sup> Oiberman, op.cit., p.124.



En este momento de la historia la mujer queda excluida de los derechos civiles, que junto con el hombre luchó por conseguir, en nombre de la maternidad<sup>144</sup>; cuando parecía que la mujer iba a ser equiparada al hombre, en cuanto a los nuevos derechos que se están proclamando en la formación de la nueva sociedad, los hombres utilizan la maternidad como excusa para excluirla de los mismos; la mujer debe dedicarse a la crianza de su prole en casa y le debe obediencia al marido. Siguiendo esta ideología en 1804 Napoleón instituyó un Código Civil, en cuyo artículo 212 sanciona la autoridad viril y la sumisión femenina en el matrimonio, legitimando así la incapacidad civil de la esposa, se encarga de fundar el poder marital en la invalidez femenina<sup>145146147</sup>.

Otro de los aspectos sociales que van a excluir a la mujer es la educación, siguiendo el precepto rousseaniano la única educación que será necesaria para la mujer será aquella que esté relacionada con el ejercicio de la maternidad o su función de esposa<sup>148</sup>. Para Rousseau la mujer es un individuo relativo que se define en relación con el hombre<sup>149</sup>. Nos encontramos con la paradoja de la educación femenina, la cual no debe recibir ningún tipo de conocimientos que le den acceso a la vida pública, la mujer con conocimientos es considerada un estorbo, pero si se le debe educar para ejercer la única función a la que está destinada, la maternidad, la cual parece ser que sin formación no es capaz de llevarla a cabo de forma adecuada.

A finales del siglo XVIII se produce un cambio de mentalidades donde la imagen de la madre y su función adquieren importancia, para persuadir a la mujer en su dedicación a la maternidad se crea la obligación de *ser ante todo madre*, y se forma el mito del *instinto maternal* donde existe un *amor espontáneo de toda madre hacia su hijo*<sup>150</sup>, el cual como se ha visto no ha estado presente durante mucho tiempo. La mujer en este momento adquiere una importancia que hasta ahora no tenía, se modificó la percepción que se tenía de la maternidad haciendo de ella una función gratificante cargada de ideal, pero estas ideas primero calaron en las clases altas- medias, y las desfavorecidas fueron por sus características y necesidades las últimas que escuchan la nueva moda<sup>151</sup>.

## 1.7. LA MADRE DURANTE EL PROCESO DE INDUSTRIALIZACIÓN

Con la revolución industrial, alrededor del final del siglo XIX, el hombre se ocupará de su vida profesional fuera del ámbito doméstico, el trabajo remunerado va a sustituir o reemplazar la agricultura. En este punto se produce la división de lo que se considera vida pública y vida doméstica. La primera relacionada con la figura del hombre proveedor y el reconocimiento social, y la segunda, con la figura de mujer reproductora, la cual quedará recluida en su hogar al cuidados de los/as hijos asumiendo las responsabilidades del ámbito doméstico<sup>152153</sup>. Pero esta situación no es extrapolable para las mujeres que pertenecen a los estratos sociales más pobres, las cuales se deben ocupar tanto del trabajo doméstico como del industrial, las madres

---

<sup>144</sup> Oiberman, op.cit., p.124.

<sup>145</sup> Badinter, op.cit., p.25-6.

<sup>146</sup> Castellanos, op.cit., p.18.

<sup>147</sup> Oiberman, op.cit., p.124.

<sup>148</sup> Imaz, op.cit., p.160.

<sup>149</sup> Badinter, op.cit., p.169.

<sup>150</sup> *Ibid.*, p.117.

<sup>151</sup> *Ibid.*, p.184-5.

<sup>152</sup> Oiberman, op.cit., p.124.

<sup>153</sup> Molina, op.cit., p.97.

de las clases desfavorecidas son las últimas que se incorporan a la nueva moda de la mujer dedicada en exclusiva a la maternidad<sup>154</sup>, estas mujeres no se pueden permitir dejar su trabajo remunerado para dedicarse en exclusiva a la crianza de su prole.

En este contexto se está desarrollando una nueva soberanía de la razón y la lógica, se descubren nuevos conocimientos científicos y la medicina comienza a dominar la administración pública y doméstica, la crianza y ámbitos de la sociedad, hasta el punto de que empiezan a preocuparse por la maternidad, convirtiéndose en asunto de hombres portadores de los conocimientos científicos, en contraposición la mujer será vista como incompetente para ejercer esta función si previamente no ha sido educada o formada para ello<sup>155156</sup>. En este momento la crianza se convierte en una empresa científica, la maternidad se identifica con la crianza, y pasa a ser un problema social que debe ser abordado por especialistas y un deber moral para las mujeres, lo cual será usado por la mujer para reclamar su ciudadanía<sup>157</sup>.

A finales del siglo XIX se da en Europa lo que se considera el feminismo maternalista, que pretendía que la maternidad fuera tenida en cuenta como un trabajo, en 1896 la feminista socialista Léonie Rouzale declaró en el Congreso Feminista Internacional de París que<sup>158</sup>: “ *la maternidad es la función social más importante y merece recibir un subsidio del Estado*”, las intenciones eran reconocer la maternidad como un trabajo al cual se le asignase un salario, considerando que este es el mejor trabajo con el cual la mujer puede contribuir a la sociedad<sup>159</sup>.

Una vez que se ha conseguido erradicar la lactancia mercenaria (sustituida en gran parte por el desarrollo de la lactancia artificial), el foco de atención respecto a las buenas prácticas en el ejercicio de la maternidad se centrará en las clases más desfavorecidas y trabajadoras, puesto que las mujeres que pertenecen a estos estratos sociales a menudo están ausentes del hogar debido al desempeño del trabajo extradoméstico, y a las cuales se les atribuye la culpa y responsabilidad de la alta morbi-mortalidad infantil que existe en Europa en esta época, que junto al descenso en la natalidad por la alta tasa de soltería y la caída de la fertilidad conyugal se asociaba a un retraso de la sociedad<sup>160</sup>. Para intentar mejorar la situación se crean licencias y seguros de maternidad obligatorios para las mujeres trabajadoras, en 1878 en Alemania se introduce un permiso por maternidad (forzoso) de tres semanas tras el parto para las obreras fabriles (un año después de la primera ley europea de este tipo, aprobada en Suiza), y en 1883 se impuso un seguro de salud promovido por Bismark, con prestaciones en maternidad para las trabajadoras autoaseguradas<sup>161</sup>.

En este momento se modifica el planteamiento cristiano que daba valor a la persona por poseer un alma y ser una criatura de Dios, pasando a valorar a las personas según su capacidad de producir riquezas, lo cual lleva a considerar al ser humano un *artículo precioso* para el

---

<sup>154</sup> Badinter, op.cit., p.185.

<sup>155</sup> Oiberman, op.cit., p.125.

<sup>156</sup> Molina, op.cit., p.97.

<sup>157</sup> Imaz, op.cit., p.154.

<sup>158</sup> Bock G, Pobreza femenina, derechos de las madres y Estados de bienestar (1890-1950). Citado en Duby G, Perrot M, Historia de las mujeres en Occidente. El siglo XX, Madrid, Taurus, 2000:444-5.

<sup>159</sup> *Ibid.*, p.446.

<sup>160</sup> Imaz, op.cit., p157-8.

<sup>161</sup> Bock, op.cit., p.447.

Estado<sup>162</sup>. Los ideólogos del siglo XIX se van a aprovechar de la teoría de la madre “naturalmente abnegada” para extender sus responsabilidades, donde se incluía la crianza y la educación de los mismos<sup>163</sup>. La madre no sólo será la encargada del cuidado de sus hijas/os, sino que también será la que tiene la responsabilidad de su educación en todos los sentidos, lo cual interesa a la sociedad, los niños/as son los futuros trabajadores del Estado, de la cantidad de población del país dependerá las riquezas y potencia del mismo. La maternidad, y la mujer como sujeto responsable de llevarla a cabo será interés de la sociedad por el potencial de los futuros ciudadanos, la mujer no es valorada por sus cualidades, aptitudes o capacidades individuales, su valoración parte de la figura materna.

### 1.8. LA MADRE DEL SIGLO XX-XXI

En el fin del siglo XIX e inicios del XX comienza a aumentar el trabajo femenino asalariado, lo que empieza a ser considerado un enemigo de la infancia y vida familiar<sup>164</sup>. La maternidad se sigue identificando con las labores de la crianza dentro del ámbito doméstico, pero como novedad surge el movimiento feminista que comienza a plantearse cuál es el lugar de las mujeres, en contraposición a la “maternidad como moral”: la madre tiene la tarea de ofrecer apoyo moral y emocional a sus esposo e hijos colaborando a la formación de una sociedad más virtuosa, como guardiana de la moral<sup>165</sup>. Las luchas de las mujeres por derechos políticos, sociales, por la ciudadanía y por el bienestar, estuvieron unidas, y se centraron cada vez más en las necesidades de las mujeres de clase baja y la pobreza femenina. A pesar de considerar que el empleo y la maternidad, sobre todo en las primeras etapas, no debían coexistir, las mujeres de clase baja combinaban ambas cosas por necesidades económicas<sup>166</sup>, como ya se ha comentado.

Hasta la Primera Guerra Mundial, sólo los hombres eran considerados ciudadanos, a consecuencia de ello los programas de seguridad social discriminaban a las mujeres, y la mayor parte de reformas en los modernos Estados de Bienestar eran dirigidas a la población masculina, antes que a la mujer o niños/as, los cuales fueron destinatarios de las anteriores políticas de beneficencia<sup>167</sup>. A lo largo del desarrollo de los Estados del Bienestar y junto con las demandas de las mujeres, en la lucha por la dignidad de la maternidad, por los derechos y el bienestar de las madres, se vieron reformas centradas en la maternidad que eran más una protección (paternalista) que la realización de los derechos(maternales)<sup>168</sup>. Las feministas insistían en que “la maternidad es una función social”, no sólo una función fisiológica e individual, de este modo decaían la dicotomía cultural tradicional que separaba la esfera privada, considerada lo personal, de la pública, que representa lo político, en este momento *“las mujeres reclaman sus derechos de ciudadanía sobre la base de su naturaleza propia, que se entendía como contribución única a la sociedad”*<sup>169</sup>, estas feministas solicitaban la igualdad con el hombre pero en la base de considerar la maternidad un trabajo, no compartiendo que para llegar a la igualdad la mujer deba aceptar los valores machistas predominantes:

---

<sup>162</sup> Badinter, op.cit., p.125-6.

<sup>163</sup> *Ibíd.*, p.213.

<sup>164</sup> Roca i Girona, op.cit., p.290.

<sup>165</sup> Molina, op.cit., p.97.

<sup>166</sup> Bock, op.cit., p.440-1.

<sup>167</sup> *Ibíd.*, p.439.

<sup>168</sup> *Ibíd.*, p.442.

<sup>169</sup> Bock, op.cit., p.453.

*“(...) no subestimaban la diferencia sexual, sino que insistían en el derecho de las mujeres a ser diferentes y consideraban que este enfoque no era una expresión de carencia de poder y resignación, sino de orgullo, poder y autoafirmación femenina”, lo que resumían en “la igualdad dentro de la diferencia”<sup>170</sup>.*

Este feminismo maternalista coincide con unas nuevas políticas destinadas a la maternidad, que promovía el bienestar de madres e hijos con la intención de frenar el descenso de la natalidad, que no se va a recuperar hasta los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial. A lo largo del siglo XX, los riesgos de morbi-mortalidad relacionados con la procreación sufren una drástica reducción gracias a los progresos de la higiene, medicina y la alimentación, junto con el aumento de la esperanza de vida<sup>171</sup>.

Durante el siglo XX y siguiendo con los anteriores discursos que proclamaban que la maternidad no podía dejarse ejercer de forma intuitiva, a pesar de la natural orientación de la mujer, el instinto maternal es insuficiente; la maternidad se revistió de patriotismo y ciencia<sup>172</sup>, y surgen diferentes teorías; psicoanalista de Freud, Teoría del Desarrollo de Piaget o la Teoría del Apego de Bowlby, que contribuyen a dar relevancia al papel que ejerce la madre en el desarrollo de un hijo sano, reforzando así la idea de la maternidad como fin fundamental o único en la vida de la mujer<sup>173</sup>.

Dentro de estas teorías, el psicoanálisis, contribuyó a hacer de la madre el personaje central en la familia, tras descubrir la existencia del inconsciente y su constitución durante la primera infancia, la madre será considerada la responsable de su educación, y serán interrogadas ante la menor perturbación psíquica del niño<sup>174</sup>. El psicoanálisis que durante mucho tiempo influye en la interpretación que se da a la figura de la mujer, la hace responsable de todo problema afectivo de los niños/as; además, la teoría de Freud, refiere que la mujer normal no puede evitar su tendencia masoquista, debido a la cual aceptará todos los dolores y sacrificios<sup>175</sup>. En esta teoría vuelve a aparecer la figura de “madre abnegada”<sup>176</sup>, la mujer es una persona pasiva, masoquista, que dispensa el amor en el hogar y el hombre es una persona activa, conquistadora y en lucha con el mundo exterior<sup>177</sup>. La mujer representada por Freud seguirá siendo valorada solo por la maternidad, y se considera a la madre la responsable de cualquier desdicha emocional de la niña o el niño, por lo tanto cae en sus hombros otra carga, la posible culpabilidad en caso de que todo no salga bien, incluso se considerará la responsable de los problemas emocionales que pueda tener un adulto, y que son consecuencia de la formación del inconsciente durante su primera infancia.

El movimiento feminista, y sobre todo a partir de 1960, será el encargado de cuestionar el modelo tradicional de maternidad, en este momento surgen los métodos anticonceptivos, y con ello la maternidad pasa a ser una opción dentro de la vida de las mujeres<sup>178</sup>, se produce la

---

<sup>170</sup> *Ibíd.*, p.455.

<sup>171</sup> Lefaucheur N, Maternidad, familia, Estado, en Duby G, Perrot M, Historia de las mujeres en Occidente. El siglo XX, Madrid, Taurus, 2000:487-8.

<sup>172</sup> Imaz, *op.cit.*, p.159.

<sup>173</sup> Castellanos, *op.cit.*, p.19.

<sup>174</sup> Badinter, *op.cit.*, p.248.

<sup>175</sup> *Ibíd.*, p.259.

<sup>176</sup> *Ibíd.*, p.262.

<sup>177</sup> Badinter, *op.cit.*, p.280.

<sup>178</sup> Castellanos, *op.cit.*, p.21-2.

incorporación masiva de la mujer al mercado de trabajo y la mujer busca su realización personal. A pesar de los cambios que experimenta la mujer dentro de la sociedad y la familia, sigue existiendo una contrarrevolución cultural denominado por Sharon Hays<sup>179</sup> como “maternidad intensiva”, basado en la dedicación de la mujer a la crianza de sus hijos, convirtiéndose en un fenómeno cada vez más complejo, y que incluso ha llegado a la actualidad. Las características de este modelo de crianza y maternidad como fenómeno cultural se resumen en la siguiente cita de Hays<sup>180</sup>:

*“El niño o niña...tiene absoluta necesidad de una educación coherente por parte de un único encargado primordial de cuidarlo... y la madre es la mejor persona para ese trabajo. Cuando la madre no está disponible, otra mujer servirá como sustituta temporal”.*

Este modelo de maternidad debe ser ejercido por la mujer y para ello debe asumir un sacrificio en beneficio de sus hijas/os; lo cual nos recuerda a lo comentado con anterioridad en el modelo de la madre judeocristiana. Pero lo más llamativo de este modelo es que nos encontramos con un ideal de maternidad intensiva que está compuesto por un imaginario que es totalmente opuesto al ámbito público, donde lo que prima es el individualismo, la promoción de sí mismo/a y la productividad<sup>181</sup>. Aunque la mujer si decide ejercer este tipo de modelo quedará fuera del marco de la vida productiva, es muy conveniente para el sistema capitalista de Occidente, en primer lugar, la mujer realiza una tarea social que es primordial sin coste alguna para el sistema, es necesario criar a los futuros sujetos encargados de la producción, pues si esta tarea fuera remunerada por el Estado no podría ser asumido; y en segundo lugar, este modelo que se basa en la/el niña/o como centro o protagonista, y al cual se deben satisfacer de forma inmediata sus necesidades y deseos favorecerá la sociedad de consumo<sup>182</sup>. El hogar se convierte en un refugio y lugar de descanso, se impone el símbolo del niño/a como rey de la casa, donde el sustento para mantener este modelo es la madre: *“lo doméstico es el ámbito femenino”*<sup>183</sup>.

Con este modelo de ejercicio de la maternidad se refuerzan aún más las relaciones desiguales entre el hombre y la mujer, a pesar de que la mujer puede trabajar fuera de casa, debe seguir ejerciendo sus funciones domésticas, lo que se denomina doble jornada de trabajo. Nos encontramos en la actualidad con una noción de maternidad que no es congruente con lo que se le pide a la mujer, por un lado se espera de ella que sea la responsable de la crianza, y a la vez que sea capaz de conseguir los valores sociales que desde el mercado laboral se imponen, además de llegar a conseguir una autorrealización. La mujer contemporánea se encuentra situada en una encrucijada, donde surge la paradoja madre-mujer, y en respuesta a esta situación están apareciendo alternativas que hagan posible ser “tanto madre como mujer”, donde no existan contradicciones.

Entre las alternativas se encuentra la re-definición de algunos de los rasgos que han sido vistos y atribuidos a las madres de forma individual y los cuales pueden pasar a verse como

---

<sup>179</sup> Hays S, Las contradicciones culturales de la maternidad, Barcelona, Paidós, 1998. Citado en Molina ME, Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer, Psykhe, 2006; 15(2): 93-103.

<sup>180</sup> *Ibid.*, p.23.

<sup>181</sup> Castellanos, op.cit., p.24.

<sup>182</sup> Hays, op.cit.

<sup>183</sup> Imaz, op.cit., p.175.

“una tarea compartida”, donde el padre complementa la acción del ámbito privado, y las instituciones públicas, sociales y de salud participen o favorezcan el ámbito público<sup>184</sup>. En este punto es donde nos encontramos, en el desarrollo de nuevos modelos de ejercicio de maternidad y paternidad, que serán tratados en el capítulo de la paternidad.

### 1.9. EL CASO ESPECÍFICO DE LA MATERNIDAD EN ESPAÑA DURANTE EL SIGLO XX

En los inicios del siglo XX la representación cultural de la mujer sufre significativos cambios en España, derivados de los cambios en las estructuras sociales, económicas y democráticas ligadas al proceso de modernización de la sociedad española durante las primeras décadas de este siglo, en el cual los modelos de género y discursos respecto a la mujer serán adaptados a las nuevas exigencias<sup>185</sup>, y con ello lo que se considera maternidad. En este contexto social nace un nuevo prototipo de femenino que representa a la mujer “nueva” o “moderna”, pero que no fue capaz de modificar el eje constitutivo del discurso tradicional de la domesticidad donde la maternidad se consideraba la base de la identidad cultural de la mujer. Se modifica el discurso de género pero no se cuestiona el eje vertebrador que define a la identidad cultural y personal de la mujer, la maternidad<sup>186</sup>.

La situación anterior de las mujeres durante la monarquía de los Borbones supuso una época de sometimiento, la corona aliada con la Iglesia, junto con un Código Civil heredero del Código Napoleónico, el cual era muy represivo, mantiene a la mujer bajo la dependencia de la Iglesia y la ley<sup>187</sup>. Por tanto, se parte de un discurso basado en el ideario cristiano y las teorías científicas que se han desarrollado durante el siglo XIX, pero en este nuevo siglo se da un importante cambio donde se pasa de una argumentación religiosa a una médica<sup>188</sup>, los discursos científicos en base a la maternidad o cuestiones relacionadas con la salud femenina ganan seguidores, y en este momento se produce una re-conceptualización de lo que es la maternidad, considerada ahora deber social, que se verá influida por el creciente proceso de medicalización de todos los aspectos de la vida y profesionalización de la maternidad<sup>189</sup>. Durante las primeras décadas del siglo XX en España surgen diferentes teorías a cargo de importantes figuras dentro de la medicina que tratan de legitimar con base científica la idea de que la maternidad es la “suprema misión” de la mujer, como ejemplo de estas se encuentra la Teoría de la Diferenciación Sexual desarrollada por Gregorio Marañón<sup>190</sup>.

Se pasa de considerar la maternidad el único fin de la mujer, argumentado por discursos de la Iglesia Católica, a respaldar la misma idea pero desde un enfoque científico, dónde además los hombres, como ya se ha comentado anteriormente serán los que poseen los conocimientos y las mujeres representarán la figura femenina subsidiaria de educación, se cae en la paradoja de que a pesar de que la mujer es considerada la figura que mejor puede desarrollar la maternidad, pasará a ejercerla desde un segundo plano y a la sombra del experto, en su mayoría hombres, sin tener en cuenta sus opiniones, lo que llevó a una “gradual apropiación

---

<sup>184</sup> Molina, op.cit., p.102.

<sup>185</sup> Nash M, Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900-1939 en Duby G, Perrot M, Historia de las mujeres en Occidente. El siglo XX, Madrid, Taurus, 2000.p.687.

<sup>186</sup> Ibid., p.687-8.

<sup>187</sup> Bussy D, Mujeres de España: de la República al franquismo. En: Duby G, Perrot M, Historia de las mujeres en Occidente. El siglo XX, Madrid, Taurus, 2000. P. 227.

<sup>188</sup> Nash, op.cit., p.689.

<sup>189</sup> Bock, op.cit., p.468.

<sup>190</sup> Nash, op.cit., p.690.

*masculina de la maternidad biológica, hasta entonces (...) una experiencia femenina por excelencia”, donde el colectivo de las comadronas es el único capaz de generar en la época una opinión femenina en torno de la maternidad, y que criticaba el modelo vigente*<sup>191</sup>. Siendo muy excepcionales las críticas con respecto a esta construcción de la identidad femenina a partir de la maternidad, destaca el rechazo que ejerció en 1935 la anarquista Lucía Sánchez Saonil, en cuyo discurso refería que la maternidad nunca podía anular a la mujer como individuo y el desarrollo de los potenciales femeninos se debía plantear más allá de la capacidad de reproducción, siendo esta una opción entre múltiples<sup>192</sup>.

A pesar de todo, en este momento la maternidad pasa a ser una función social de la mujer y un mandato biológico que no se puede eludir y por ello:

*“(...) para muchos médicos el deber femenino de la maternidad desborda la maternidad biológica para abarcar una maternidad social, ya que se entiende que todas las mujeres son madres en potencia”*<sup>193</sup>.

Las preocupaciones respecto a la maternidad se relacionan con lo existencia de altos índices de morbi-mortalidad materna e infantil, que intentarán paliar con las diferentes enseñanzas en puericultura y maternología, y con la creación de Seguros de Maternidad (Real Decreto de marzo de 1929)<sup>194</sup>, y políticas pronatalistas, como ya se había hecho con anterioridad en otros países de europeos.

Durante la II República se da una reforma social, la situación de la mujer española había mejorado considerablemente, tenían derecho al sufragio, el matrimonio civil, el divorcio y se habían abolido las leyes que discriminaban a las mujeres tanto en el área familiar, política y laboral<sup>195</sup>, es aquí donde aparece la “maternidad consciente” que tiene en cuenta el momento más propicio para tener descendencia desde una perspectiva eugénica que pretende evitar problemas de salud tanto de las madres como los/las hijos/as<sup>196</sup>. Durante esta época los anarquistas españoles elaboran una reforma sexual que se opone a las pautas tradicionales y religiosas presentes en la sociedad española, entre las ideas de esta nueva ética sexual se encuentra el rechazo de la unión de la actividad sexual a la procreación, siendo la base de la maternidad consciente, y entre las nuevas legislaciones se impulsó la asistencia sanitaria de las mujeres trabajadoras y su descendencia, erradicación de los abortos clandestinos, y con ello reducción de la mortalidad y enfermedades relacionadas con ellos, establecimiento de una planificación familiar, asistencia a la maternidad y erradicación de la prostitución. La Reforma Eugénica del Aborto<sup>197</sup> se legalizó en la Generalitat de Cataluña, en diciembre de 1936 bajo la iniciativa de Félix Martí Ibáñez<sup>198</sup>.

---

<sup>191</sup> Nash, op.cit., p.696.

<sup>192</sup> Ibíd., p.697-8.

<sup>193</sup> Ibíd., p.691.

<sup>194</sup> Ibíd., p.693-4.

<sup>195</sup> Capel R, El sufragio femenino en la II República española, Universidad de Granada, 1975. Citado en Nash M, Pronatalismo y maternidad en la España franquista” en Bock, Gisela y Thane, Pat (Eds) Maternidad y Políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950, Madrid, Ediciones Cátedra, 1996.p. 279-307.

<sup>196</sup> Nash, op.cit., p.701.

<sup>197</sup> La legalización del aborto fue una de las prioridades de la Ministra de Sanidad de la II República, la anarquista Federica Montseny En Octubre de 1936, en plena Guerra Civil .Bussy, op.cit., p.240.

<sup>198</sup> Nash, op.cit., p.703-5.

Toda esta legislación fue muy avanzada para la época y a pesar de favorecer los derechos reproductivos femeninos supuso un claro fracaso<sup>199</sup>, puesto que *“los esquemas mentales de la época seguían definiendo la maternidad como eje del proyecto de la mujer”*<sup>200</sup>.

El caso de la maternidad en el Estado Español durante la dictadura franquista es una época de importantes retrasos para la mujer, en comparación con la época anterior; tuvo una duración de cuarenta años, y situó a las mujeres españolas en una posición de inferioridad respecto a la realidad que vivían las mujeres en otros países europeos, y cuyas consecuencias todavía son arrastradas en nuestra sociedad a pesar de los importantes cambios que se han experimentado desde su final.

Tras la Guerra Civil el régimen franquista establece un *“nuevo orden moral basado en una estructura jerárquica nacional de la sociedad, de la tradición, del sindicalismo y del catolicismo”*, formando una nueva ideología que proporcionará la cohesión cultural del *“Nuevo Estado”*<sup>201</sup>. A partir de septiembre de 1936, un decreto *“moraliza las costumbres”*, se acaba con la escolaridad mixta, se *“libera a la mujer casada del trabajo”*, se deroga la ley del divorcio, el matrimonio civil, se penaliza el aborto y los métodos anticonceptivos<sup>202</sup>. Se intenta acabar con lo que se entendía como *“masculinidad”* de la mujer, donde se produce la incorporación de la mujer al mundo laboral y descenso de la natalidad, que atribuyen a los derechos que adquirió la mujer durante la II República.

Entre las preocupaciones del régimen se encontraba la despoblación, puesto que la *“grandeza”* de España, según sus discursos, dependía en gran medida del crecimiento demográfico; para solucionar el problema llevaron a cabo una serie de medidas pronatalistas<sup>203</sup> con connotaciones de género específicas<sup>204</sup>. Durante este periodo la figura de *“las mujeres quedaron politizadas a través de la noción de un destino femenino común determinado por su capacidad reproductora”*<sup>205</sup>. Se generó la visión de la mujer esencialmente como madre, y uno de los objetivos era potenciar la maternidad donde la *“sexualidad, trabajo y educación de las mujeres se regulaba de acuerdo con esta función social, mientras que se idealizaba la maternidad y se consideraba un deber para la patria”*<sup>206</sup>. El Estado franquista utilizó a las mujeres como pieza clave para su política de dominio social y económico, para lograr este objetivo se apoya en la Iglesia y también utiliza para ello a la Sección Femenina, la cual tiene un papel decisivo en el tema por las enseñanzas a las mujeres en el área rural de las

---

<sup>199</sup> *Ibíd.*, p.705-6.

<sup>200</sup> *Ibíd.*, p.707.

<sup>201</sup> Nash M, *Pronatalismo y maternidad en la España franquista* en Bock G, Thane, P (Eds), *Maternidad y Políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950*, Madrid, Ediciones Cátedra, 1996; p. 279.

<sup>202</sup> Bussy, *op.cit.*, p.243.

<sup>203</sup> La política pronatalista del régimen franquista se encuentra integrada en el marco de los fascismos europeos, los cuales perciben a la mujer como esencialmente madre, y están basados en una ideología imperialista donde el número es potencia. Roca i Girona, *op.cit.*, p.232.

<sup>204</sup> Nash, *op.cit.*, p.279-80.

<sup>205</sup> *Ibíd.*, p.280.

<sup>206</sup> *Ibíd.*



técnicas de higiene en el embarazo, parto y lactancia, creando el modelo de mujer madre y esposa<sup>207</sup>.

A pesar de que las medidas de la corriente pronatalista afectaban directamente a las mujeres, éstas no tenían ni voz ni voto en su elaboración, el régimen franquista consideraba que la toma de decisiones políticas era competencia exclusiva de los hombres, incluso cuando el tema a tratar fuese la capacidad reproductiva femenina<sup>208</sup>. Nos encontramos con una legislación claramente patriarcal, donde se refuerza la autoridad paterna y marital, y se discrimina a la mujer al ámbito privado o doméstico, entre las nuevas leyes se legisla a favor de la protección de la familia, se restringe el ámbito laboral a la mujer, incluso se le prohíben el desarrollo de determinados trabajos<sup>209</sup>.

En este momento histórico-sociocultural el único objetivo de la mujer era tener descendencia para favorecer los intereses repobladores del régimen, y la mujer no solo es apartada de cualquier oportunidad de toma de decisión política que le afectaba directamente, sino además los discursos de los científicos y la medicina de la época respaldaban los argumentos de las políticas pronatalistas, donde se penalizaba fuertemente el aborto y uso de métodos anticonceptivos.

La Iglesia apoyaba abiertamente al régimen franquista en materia de procreación y maternidad, los discursos del estado hacían uso de las opiniones religiosas para fortalecer unos valores culturales que consolidarán la función social de la mujer como madre<sup>210</sup>.

La familia ocupa un lugar privilegiado en la España del franquismo: *“era la unidad primaria de la sociedad, una célula básica del cuerpo del Estado y la comunidad”*<sup>211</sup>. Pronatalismo y promoción de la familia van unidos, lo cual va a afectar directamente a la mujer, que ocupará una posición subordinada con una serie de restricciones legisladas para la mujer casada que confirmaba la autoridad del hombre. Existía una clara diferenciación entre mujer soltera y casada, y medidas que obligaban a la mujer a dejar un puesto de trabajo remunerado cuando contrajese el matrimonio, los hombres casados trabajadores percibían incentivos económicos por tener hijas/os, lo cual no era equitativo en la mujer trabajadora. Se creó la Sanidad Maternal e Infantil y seguro de maternidad para proteger el embarazo, madres y niños/as y reducir la morbi-mortalidad<sup>212</sup>.

Durante todo este periodo la figura femenina sólo será valorada por su capacidad reproductiva, que se utiliza para conseguir los objetivos políticos del estado en materia de repoblación, y así ser capaces de equipararse a grandes potencias. En consecuencia, para llegar a conseguir este objetivo, no solo elaboran políticas que penalizan a la mujer y al hombre que no surge sus dictados, sino que legislan a favor del sometimiento de la mujer a la autoridad del hombre, y para fortalecer este tipo de medidas se apoyan en las ideas de la Iglesia Católica para legitimar sus objetivos. Además integran discursos de supuestos expertos que favorecen

---

<sup>207</sup> García-Nieto, MC, Trabajo y oposición popular de las mujeres durante la dictadura franquista. En: Duby G, Perrot, M, Historia de las mujeres en Occidente. El siglo XX, Madrid, Taurus, 2000. p. 724.

<sup>208</sup> Nash, op.cit., p.286.

<sup>209</sup> García-Nieto, p.725.

<sup>210</sup> Nash, op.cit., p.296.

<sup>211</sup> Nash, op.cit., p.298.

<sup>212</sup> *Ibíd.*, p.209-302.

sus argumentos. La mujer sin una descendencia no es valorada, además siempre debe estar detrás de una figura masculina, puesto que la mujer por sí sola no cuenta en la sociedad.

A pesar del ímpetu ejercido por las políticas pronatalistas durante la dictadura franquista, no se consiguió un importante aumento de la natalidad, el baby-boom que caracterizó a la posguerra de los países implicados en la II Guerra Mundial, no se produjo en España, donde los primeros diez años del régimen franquista se significan por un descenso de la natalidad<sup>213</sup>, lo que lleva a pensar que las mujeres, aun estando sometidos a una legislación represiva ejercieron una “maternidad responsable o consciente”<sup>214215</sup>. Hasta los años 60 no se produce un aumento en España de la tasa de natalidad, lo cual fue consecuencia de un cambio en la economía y situación socio-política-global española, por lo tanto, con la mejora de las condiciones de vida de las familias españolas<sup>216</sup>.

En los años sesenta se da el inicio del “desarrollismo”, y la mujer se incorpora al trabajo, como una mano de obra más barata que la masculina, pero sin romper el modelo de madre-esposa<sup>217</sup>, en estos momentos se está iniciando el movimiento de oposición democrático al franquismo y las mujeres se empiezan a organizar y crean asociaciones<sup>218</sup>, que se acelera en la década de los setenta, y solicitaban el acceso a la enseñanza, derecho a atención sanitaria, control de natalidad, incorporación al trabajo remunerado y la igualdad jurídica de mujeres y hombres<sup>219</sup>.

En la década de los años ochenta se acepta por parte de la población femenina algunas de las ideas y comportamientos propugnados por el feminismo y se da la presencia del feminismo en las instituciones, con acciones políticas dirigidas exclusivamente a mujeres, se crean organismos públicos como el Instituto de la Mujer, se aplican políticas de igualdad y aparece el feminismo académico. La mujer se va incorporando al espacio público y posee mayor capacidad de decisión sobre la maternidad<sup>220</sup>, lo que ha supuesto que esté presente en toda las esferas de la sociedad, pero no se ha equiparado a la presencia masculina, y también ha conllevado una mayor carga de tareas para la mujer y un reparto no equitativo de los tiempos libres en relación con el varón. Todo esto ha dado lugar a que surjan nuevos modelos de ejercicio de la maternidad y paternidad que serán analizados.

## 2. MATERNIDAD Y GÉNERO

La maternidad será modificada a lo largo de la historia dependiendo de la época en la que nos encontramos y en función de los intereses de quien ostenta el poder. El nacimiento de una

---

<sup>213</sup> Entre las causas que referían como consecuencia de esta falta de aumento de natalidad en la década de los años treinta a pesar de las políticas pronatalistas argumentaban la masculinización de la mujer en la década anterior. Roca i Girona, op.cit., p.232.

<sup>214</sup> Nash, op.cit., p.304-7.

<sup>215</sup> Imaz, op.cit. p.162.

<sup>216</sup> Roca i Girona, op.cit., p.236.

<sup>217</sup> García-Nieto, op.cit., p.725.

<sup>218</sup> Grau E, De la emancipación a la liberación y la valoración de la diferencia. El movimiento de mujeres en el Estado español, 1965-1990. En: Duby G, Perrot M, Historia de las mujeres en Occidente. El siglo XX, Madrid, Taurus, 2000.p. 737.

<sup>219</sup> Grau, op.cit., p.739.

<sup>220</sup> Grau, op.cit., p.754-6.

hija/o da lugar al nacimiento de una madre (también de un padre), la cual iniciará un trabajo mental y un cambio de actitud que perdurará toda su vida<sup>221</sup>. La creación de esta identidad materna que se configura a partir de la dualidad entre madre-hijo/a y se nutrirá del patrón ideal de maternidad que se desprende de los diferentes discursos sociales dentro de los contextos culturales a los que pertenecen<sup>222</sup>.

Como se muestra en el apartado que repasa las transformaciones de la maternidad a lo largo de la historia en Occidente, nos encontramos con una maternidad que no permanece fija, ni inmutable, sus atributos varían, y tanto las mujeres como la sociedad cambian el valor que le atribuyen, y por ende a la descendencia, donde influye en gran medida los intereses de la clase que ostenta el poder dentro de la sociedad. Por lo tanto se debe considerar que:

*“La maternidad no es un “hecho natural”, sino una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia. Se trata de un fenómeno compuesto por discursos y prácticas sociales que conforman un imaginario complejo y poderoso, a la vez, fuente y efecto del género”<sup>223</sup>.*

La maternidad es un complejo fenómeno social que no se puede resumir en una simple definición, y a la que se le han atribuido unos valores que han conformado lo que supone el imaginario de la maternidad, que durante mucho tiempo, incluso en la actualidad, estos atributos que se le han supuesto como propios e inmutables han sido utilizados para mantener a la mujer en una posición de subordinación o inferioridad, lo cual no es equiparable con la paternidad ejercida por el hombre.

En nuestra sociedad, de las imágenes que se han elaborado para representar y al mismo tiempo para gobernar a las mujeres esta la figura de madre<sup>224</sup>. Durante mucho tiempo, y aún en nuestra época, los diferentes atributos que se han utilizado para naturalizar la maternidad siguen influyendo en la vida de las mujeres, a pesar de los esfuerzos que se han realizado en la elaboración de estudios que demuestren lo contrario, la feminidad se sigue relacionando con a la idea de mujer-madre que posee un fuerte instinto maternal y que debe alcanzar el ideal de maternidad para procurar su felicidad, la de pareja y sus hijos/as.

Pero no se puede olvidar que *“ser madre en la especie humana excede el hecho biológico y tiene un significado a nivel social, cultural, histórico y psicológico”<sup>225</sup>*, llegar a ser madre implica una serie de etapas sucesivas que no están exentas de complejidad (pubertad, fecundación, embarazo, parto, lactancia, crianza y separación), todas estas etapas que la mujer atravesará antes de ser madre o durante la maternidad no las va a pasar sola, a pesar de desarrollar una experiencia personal, siempre será dentro de una comunidad<sup>226</sup>, lo cual influirá en el modo que la mujer ejerza la maternidad.

---

<sup>221</sup>Stern D, Bruscheweiler-Stern N, Freeland A, El nacimiento de una madre: cómo la experiencia de la maternidad te hará cambiar para siempre, Barcelona, Editorial Paidós Ibérica, 1999. En Berlanga S, Vizcaya-Moreno MF, Pérez-Cañaveras RM, Percepción de la transición a la maternidad: estudio fenomenológico en la provincia de Barcelona., Atención Primaria, 2013; 45(8), p. 409-17.

<sup>222</sup> Montes, op.cit.

<sup>223</sup> Palomar, op.cit., p.36.

<sup>224</sup>Vegetti S, El niño de la noche. Hacerse mujer, hacerse madre, Madrid, Ediciones Cátedra, 1992. p.213.

<sup>225</sup>Oberman, op.cit., p.116.

<sup>226</sup> Ibíd.

Pero como plantea Esteban<sup>227</sup>, nos encontramos con el siguiente problema:

*“La maternidad es un tema tabú, intocable, en nuestra cultura (...). La relación madre/hijo-a se ha definido como la relación afectiva por excelencia, la principal, al margen de que sea así o no en las experiencias concretas, y ocultándose totalmente el contexto en el que esto surge y las consecuencias del mismo”.*

Para analizar la maternidad no se puede olvidar el contexto sociocultural que le rodea, puesto que las mujeres no están aisladas, pertenecen a una sociedad con la que interactúan continuamente.

En los siguientes apartados se va a tratar los diferentes atributos o cualidades que históricamente se han asociado a la maternidad y por tanto, se han pensado que están presentes en todo ser humano de género femenino, sin olvidar también que son los argumentos que se han usado para mantener a la mujer en una posición de inferioridad respecto al hombre.

## **2.1. MATERNIDAD COMO “NATURALEZA Y ESENCIA FEMENIMA”**

En determinadas épocas históricas la maternidad ha sido considerada parte de la naturaleza femenina, la cual no se puede separar de la figura de mujer por ser el destino que viene marcado por mandato biológico, que no es equiparable en el caso de la paternidad. A las mujeres durante mucho tiempo se les ha atribuido una serie de características que se consideran propias y naturales, y las cuales las hacen aptas para ejercer la maternidad, estas cualidades son la que dictan como ser buena madre<sup>228</sup>. Cuando la maternidad es considerada parte de la biología, es entendida como algo separado del contexto histórico y cultural<sup>229</sup>, este argumento es difícil de sostener, sobre todo porque como ya se ha podido ver al revisar la historia de la maternidad en Occidente se ha comprobado que existen periodos donde la mujer que da a luz deja de ejercer esta “función natural”, y se desvincula de su descendencia enviándola lejos del domicilio familiar, para que sea otra persona (que sigue siendo una mujer) la que se encargue de la crianza.

El “determinismo biológico”<sup>230</sup> considera que los factores “innatos”, como son los genes o las hormonas, lo que va a influir en el comportamiento de las personas, esta atribución es un

---

<sup>227</sup> Esteban ML, La maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre lactancia materna. En: Perdigüero E, Comelles JM, Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina, Barcelona, Bellaterra, 2000.p.217.

<sup>228</sup> González de Chavez, La maternidad: volviendo (a ser) como la madre, 1999. En: González Chavez (Coopm.), Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres, Madrid: Siglo XXI, 33-86. Citado en: Montes MJ, Las culturas del nacimiento, Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos, Tesis doctoral, Tarragona, Universidad Rovila y Virgili, 2007.

<sup>229</sup> Palomar, op.cit., p.36.

<sup>230</sup> “Los diferentes estudios sociales, históricos y feministas han mostrado que la argumentación determinista surge en Occidente dentro de un complejo proceso de consolidación de un nuevo orden social, económico, político y científico (lo que se ha conocido como sociedad capitalista, burguesa y colonial), esta nueva sociedad era desigual y jerárquica, pero se presentó como natural y fue legitimada por el evolucionismo social y la noción de progreso. En este contexto se va a constituir un nuevo sistema de poder y dominación inscrito en el cuerpo y la biología, lo que Michel Foucault (1981) denominó

abuso, puesto que cualquier influencia extrínseca al individuo afectará a los hechos biológicos del mismo<sup>231</sup>. Durante mucho tiempo se ha usado el determinismo biológico para defender los discursos que condenaban a la mujer a la maternidad como único destino posible en su vida. De su facultad procreadora deriva “naturalmente” la responsabilidad y competencia de todas las tareas relacionadas con el cuidado de los/as hijos/as, y por extensión se incluye la atención del marido<sup>232</sup>.

En la biología sigue descansando el discurso maternal ineludible que en ocasiones se ha visto reforzado por el mandato divino, como ha sucedido en las etapas de la historia donde la Iglesia Católica estaba junto a la fuente de poder de la sociedad, y en otras ocasiones, se pone la biología al servicio de la reproducción social, como ocurrió durante el siglo XVIII<sup>233</sup>. En uno u otro caso, utilizando distintos razonamientos llegan a una misma conclusión, basada en la diferencia reproductiva entre el hombre y la mujer, y la asignación de la maternidad a la mujer como único destino posible a consecuencia de esa diferencia. Mediante la vinculación de la maternidad a la biología lo que se pretende es definir el cuerpo de la mujer a partir del potencial de la reproducción, de forma que se mantiene por medio de este argumento las relaciones de género y la estructura del orden social, con lo que se mantiene la ideología de inferioridad femenina y dominación masculina<sup>234</sup>.

La mujer, unas veces por mandato divino y otras por función social, aparece a lo largo del transcurso de la historia ligada a la naturaleza por medio de la maternidad, donde la *“maternidad ha sido uno de esos objetos que ha sido considerado como expresión de la mismísima naturaleza humana y como evidencia del carácter transhistórico de su esencia”*<sup>235</sup>. La mujer sólo conseguirá su autorrealización cuando cumple con su “suprema misión”: la maternidad y la perpetuación de la especie; su identidad cultural se define dentro del ámbito de la familia<sup>236</sup>, y la capacidad reproductora de la mujer determinará lo que es la feminidad.

Durante mucho tiempo se ha considerado que puesto que la procreación es algo biológico, no necesita por ello estudio, las desigualdades entre la mujer y el hombre son explicadas por su participación en distintas esencias, donde se considera que la subordinación de la mujer se justifica por su naturaleza dependiente y complementaria a la del hombre<sup>237</sup>. Si se analiza el determinismo biológico y la naturalización como parte de las mujeres, se considera que todas las mujeres son iguales con una biología común, la cual se comporta de forma idéntica en

---

*biopoder*, ahora no solo los monarcas o gobiernos van a ejercer el poder, aparece en este momento un poder que es ejercido por los expertos en las diversas ciencias, las cuales van a marcar los comportamientos.” Esteban ML, El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista, Inguruak, 44; 2007. P.251.

<sup>231</sup> Izquierdo MJ, Ariño, A, La socialización de género. En: Díaz C, Dema S, Sociología y género, Madrid, Ediciones Tecnos. Pp.87.

<sup>232</sup> Roca i Girona, op.cit., p.274.

<sup>233</sup> Montes, op.cit., p.65.

<sup>234</sup> Osborne R, La construcción sexual de la realidad, Madrid, Cátedra.1993.p.76. En: Montes MJ, Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos, Tesis doctoral, Tarragona, Universidad Rovila y Virgili, 2007.

<sup>235</sup> Palomar, op.cit., p.39.

<sup>236</sup> González, op.cit., p.103-4.

<sup>237</sup> Imaz, op.cit., p.163.

todas ellas<sup>238</sup>; al considerar que todas las mujeres son iguales y se van a comportar de forma similar, lo que se está haciendo es marginar socialmente a este colectivo por razones biológicas, y no le da la posibilidad de cambio<sup>239</sup>.

Imaz<sup>240</sup> refiere en su tesis que existen tres dimensiones las cuales son las responsables de la naturalización de la feminidad. La primera de las dimensiones está relacionada con la aceptación de que la procreación es un proceso estrictamente biológico que transcurre sin que exista una intervención social, este primer argumento se contradice cuando pensamos que la maternidad forma parte del desarrollo psicoafectivo de la mujer, y por tanto va a superar ampliamente lo biológico, no siempre que se produce la maternidad se da el proceso de maternaje<sup>241</sup>. En segundo lugar, se encuentra la ausencia de cuestionamiento de la naturaleza del vínculo entre la madre y sus hijos/as, donde se dan por hecho que los afectos y la relación son de orden biológico e inmediato tras el parto<sup>242</sup>, es lo que se ha denominado instinto maternal, que analizaremos en otro apartado. La tercera de estas dimensiones responde a la adjudicación de las tareas de crianza a la mujer a consecuencia de la división sexual natural del trabajo<sup>243</sup>, basado en esa diferencia biológica de reproducción y no en las capacidades individuales para el desarrollo de dichas labores independientemente del sexo de la persona que las ejerza.

Para superar la naturalización del proceso de maternidad es necesario “repensar” este fenómeno, que en un inicio se presenta como ley natural y llega hasta nuestro tiempo como una elección<sup>244</sup>. Al mostrar la maternidad como mandato biológico, la naturalización y esencialismo de la misma “*da por hecho que las mujeres tendrán hijos/as naturalmente, a no ser que alguna intervención social lo impida...*”, así el cuerpo de la mujer quedará supeditado a las necesidades de la especie que la naturaleza impone a la mujer, lo cual la sitúa en una posición de desventaja respecto al hombre<sup>245</sup>. Pero en contraposición a la imagen de la mujer que estará gestando de forma mecánica a lo largo de su vida, nos encontramos con la existencia de mecanismos que intentan controlar la reproducción desde la antigüedad (tanto aplicados al cuerpo femenino como masculino), afirmando así que la procreación se produce en un contexto social, cultural e histórico determinado<sup>246</sup>, donde no solo influye la biología, que es lo que se ha pretendido que prevalezca para defender la naturalización de la mujer en la maternidad.

La filosofía ilustrada se apoyó en los avances de la biología y los argumentos científicos para legitimar sus propuestas políticas y morales, consideraron la desigualdad entre la mujer y el hombre consecuencia de que ambos participan de diferentes esencias y por tanto así justificaron la subordinación femenina por su naturaleza, la cual refieren que es dependiente y

---

<sup>238</sup> Blázquez MI, Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid, Tesis Doctoral, Universitat Rovira I Virgili, 2009.p.261.

<sup>239</sup> Esteban, op.cit., p.215.

<sup>240</sup> Imaz, op.cit., p.93.

<sup>241</sup> “Considerando la maternidad como el acontecimiento biológico y el maternaje como el proceso psicoafectivo que acontece o no a la mujer cuando tiene al niño/a.” Oiberman, op.cit., p.117-8.

<sup>242</sup> Imaz, op.cit., p.93.

<sup>243</sup> Ibíd.

<sup>244</sup> Oiberman, op.cit., p.118.

<sup>245</sup> Imaz, op.cit., p.94.

<sup>246</sup> Ibíd., p.95.

complementaria a la del hombre<sup>247</sup>. La naturaleza considerada como función o destino marcará tanto al hombre como la mujer en sus funciones, pero esta idea moderna de naturaleza incluye un determinismo interno<sup>248</sup>, el sexo se convierte en el sustrato biológico último, y será lo que va a determinar tanto la esencia, como la identidad y el lugar social que debe ocupar cada uno; pero esta “diferencia natural” entre los sexos solo recae sobre la mujer, donde la específica naturaleza femenina determinará todo su ser<sup>249</sup>. La mujer será definida socialmente en función de los atributos sexuales que ha recibido de la naturaleza, lo cual no es equiparable en el hombre; teniendo en cuenta estos planteamientos si la mujer es inferior se debe a su naturaleza, lo cual se va a convertir en la causa de la subordinación femenina. Como ya se ha comentado en el apartado anterior Rousseau, en su libro Emilio, se encargará de dar un carácter naturalista a la maternidad con diferentes argumentos que reflexionan sobre la naturaleza humana, con su propuesta pedagógica y política se convertirá en “*en un auténtico compendio de justificación de la subordinación de la mujer*”<sup>250</sup>.

Si se deja de lado la naturaleza como único elemento clave en el proceso de reproducción se considerará la influencia que la sociedad siempre ejercerá, y por tanto, no será lo mismo la maternidad para todas las mujeres, incluso para una misma mujer dentro de su historia personal podrá variar el significado que le atribuye en cada momento. Como ejemplo de ello ya se ha citado como la maternidad durante gran parte del siglo XVII-XVIII será vivida de modo diferente dependiendo de la clase social a la que se pertenezca, así en un mismo contexto histórico nos encontramos con que las mujeres pertenecientes a las clases sociales altas dejarán a sus hijos a cargo de nodrizas, pasando largos periodos de tiempo sin saber nada de ellos, algunas campesinas si se harán cargo de sus hijos, y las mujeres más pobres, serán las nodrizas de las criaturas enviadas desde las zonas urbanas, y ellas dejarán a su descendencia a cargo de otras mujeres con menor poder adquisitivo<sup>251</sup>. Incluso en la actualidad, y a pesar del acceso a los diferentes conocimientos relacionados con la maternidad, cuando se observa a una mujer en su experiencia concreta de maternidad, donde se incluyen los procesos de gestación, parto, lactancia y primeros cuidados maternos, llama la atención su “profunda torpeza”, la mujer “tiene que aprenderlo todo”<sup>252</sup>; por tanto, no basta con la naturaleza para ejercer la maternidad, por mucho que se empeñen en hacérselo creer a la mujeres, será necesario un refuerzo social que ayude a la mujer.

Dada la existencia de dispositivos o instrumentos sociales que van a permitir modificar la evolución demográfica, no se puede hablar de una fecundidad natural, al considerar que se encuentra mediada socialmente<sup>253</sup>. Entre los distintos dispositivos sociales que se utilizan para controlar la reproducción (tanto para aumentar como disminuir la natalidad) se encuentran desde el uso de métodos anticonceptivos, la institución del matrimonio, el aborto, discursos políticos y religiosos, educación sexual...Esto demuestra que la maternidad no es

---

<sup>247</sup>Imaz, op.cit., p.196.

<sup>248</sup>Ibíd., p.163.

<sup>249</sup>Ibíd., p.164.

<sup>250</sup>Ibíd., p.166.

<sup>251</sup>Badinter, op.cit.

<sup>252</sup>Vegetti, op.cit., p.177.

<sup>253</sup>Imaz, op.cit., p.96.

exclusivamente natural, ni tampoco puramente cultural, compromete ambos aspectos y no se podría abarcar solo desde un punto de vista<sup>254</sup>.

## 2.2. INSTINTO MATERNAL DESDE LAS POLÍTICAS DE GÉNERO

Al sopesar la maternidad como naturaleza o esencia de la mujer, se está considerando que toda la mujer que es madre posee un “instinto maternal”, que le va a dar la capacidad de desarrollar las labores de crianza para las cuales ha sido dotada por la naturaleza. Esta atribución lleva a considerar que las mujeres por sus características físicas y psíquicas están mejor preparadas que los varones para desarrollar estas tareas de crianza<sup>255</sup>, sin tener presente que más allá de la gestación, parto y amamantamiento, que si son procesos biológicos inherentes al cuerpo femenino, la mujer no tiene por qué estar mejor dotada que el hombre para realizar cualquier otra tarea relacionada con la crianza; como puede ser que disponga de una destreza física para el desempeño del cuidado infantil, entre los diferentes ejemplos de las cualidades que se le atribuyen a la mujer a consecuencia de poseer el instinto maternal nos encontramos con capacidades físicas como puede ser la mayor agudeza para oír u oler a su bebé, o determinadas características psíquicas entre las que se encuentran una mayor paciencia, capacidad de mediación... que el hombre “parece” no poseer<sup>256</sup>.

La mujer debía vivir por y para la maternidad, y como argumento legitimador de este dictamen se usaba el instinto maternal, donde socialmente se ha exagerado el papel de la madre en cuanto a la relación con sus hijos/as<sup>257</sup>, prueba de ello nos encontramos que durante gran parte del siglo XVIII se necesitaron muchos argumentos para que las mujeres recordasen su función instintiva de madre, llegando incluso a culpabilizarlas o amenazarlas para que volvieran a dedicarse a la función que les había sido asignada, la crianza de su descendencia, y la cual dejaban en manos de otras mujeres para ocupar el tiempo con otras actividades, estas conductas de la época eran una complicidad entre el hombre y la mujer, pero la actitud masculina chocaba o nos sigue chocando menos, puesto que “(...) *nunca nadie, hasta el día de hoy, ha erigido el amor paternal en ley universal de la naturaleza*”<sup>258</sup>.

Cuando se desplaza a la maternidad al campo de lo natural se le trata como si fuera el cumplimiento de un mandato instintivo, donde las conductas instintivas son inmutables y se producen prescindiendo del entorno social<sup>259</sup>. En contraposición, nos encontramos con las conductas determinadas socialmente, las cuales se aprenden, forman parte del devenir histórico y se pueden modificar de acuerdo con el tiempo y las circunstancias, este tipo de conductas son a través de las cuales actúan las personas, puesto que prácticamente carecemos de conductas instintivas, las cuales se reducen al ámbito de los reflejos y poco más<sup>260</sup>. Por lo tanto, atribuir el ejercicio de la maternidad a un instinto no deja de ser un mito, puesto que es un complejo fenómeno que requiere el desarrollo de conductas muy elaboradas que no responden únicamente a la naturaleza.

---

<sup>254</sup> Pastor R, Mujeres en los linajes y en las familias. Las madres, las nodrizas, las estériles, Arenal, 2005; 12(2). Pp.315. En Franco GA, Debates sobre la maternidad desde una perspectiva histórica (siglos XVI-XX), Barcelona, Icaria editorial, 2010.

<sup>255</sup> Imaz, op.cit., p.100.

<sup>256</sup> Ibíd.,p.100.

<sup>257</sup> González, op.cit., p.17.

<sup>258</sup> Badinter, op.cit., p.116.

<sup>259</sup> Juliano D, El mito del instinto maternal, Mujer y Salud, 2003, Dossier 11.

<sup>260</sup> Ibíd.



Existe una tendencia a asignar este tipo de comportamientos instintivos a la mujer, y no al hombre, de forma que aquello que las mujeres realizan o son no se considera como construido socialmente en un sistema donde el reparto del poder es asimétrico, sino como consecuencia de los impulsos innatos<sup>261</sup>, que no se presentan en el hombre. La maternidad se convierte en un mandato social cuando se afirma que el instinto maternal es universal, con esta afirmación se garantiza que las mujeres asuman su papel obligatorio de madre, y donde al hablar de instinto maternal se transforma la maternidad biológica en maternidad social, lo cual lleva a que las diferencias biológicas entre los dos sexos sean la base para sustentar el sometimiento de la mujer<sup>262</sup>.

El mito del instinto maternal no encuentra su mito equiparable en el caso de la paternidad, la cual es considerada un proceso social que ha sido construido culturalmente, no es supuestamente inmutable e intrínseco como el caso de la mujer. Mediante este mito lo que se hace es utilizar los datos biológicos del cuerpo femenino con fines de opresión y aislamiento de la mujer en tareas reproductivas<sup>263</sup>. Es un buen sistema capaz de asignar a la mujer como destino el amor maternal, el amor romántico y la pasividad sexual, a las cuales cuando cumplen su función se les quita méritos, al ser consideradas conductas obligatorias por instintos, pero en caso de incumplimiento serán sancionadas, y las coloca en el campo de la anormalidad o patología por faltar al dictamen de su instinto intrínseco<sup>264</sup>.

Todos los conocimientos que las mujeres poseen en el momento en que se convierten en madre, y que nacen del supuesto instinto a consecuencia de suponer a la naturaleza femenina predispuesta para la crianza, por ser considerados instintivos son infravalorados, incluso se les llega a negar el carácter de conocimiento<sup>265</sup>.

Pero este instinto maternal en determinadas épocas históricas no ha sido considerado suficiente para que la mujer desarrolle las tareas de crianza, por lo tanto, dependiendo del contexto cultural en el que nos encontramos la mujer estará dotada o no de las cualidades innatas necesarias para el ejercicio de la maternidad, como sucede durante los siglos XIX-XX donde para que la mujer sea capaz de desarrollar las labores de crianza que en otras épocas se le han supuesto como instintivas ahora necesita de una formación impartida por expertos por su carencia de conocimientos, y además debido al escaso acceso de la mujer a la educación superior<sup>266</sup>, los expertos en las materias relacionadas con la maternidad serán hombres<sup>267</sup>.

---

<sup>261</sup> Juliano D, El mito del instinto maternal, Mujer y Salud, 2003, Dossier 11.

<sup>262</sup> Castellanos., op.cit., p.98.

<sup>263</sup> *Ibid.*, p.98.

<sup>264</sup> Fernández AM, Las mujeres en la imaginación colectiva, Buenos Aires, Paidós, 1992. En: Castellanos E, Soriano I, Sobre la mirada de género en la salud reproductiva y la construcción social de la maternidad, Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia, 2010; 5. Pp. 89-108.

<sup>265</sup> Imaz, op.cit., p100.

<sup>266</sup> "El discurso médico, moral y pedagógico que fomenta el modelo tradicional de la mujer madre sostiene la ignorancia de la mujer para ejercer esta función y la necesidad de educarla en el sentido de la maternidad. (...) La maternidad que en un principio era considerada como algo natural e intrínseco a la femineidad entra en debate, de modo que durante parte del siglo XIX y XX en España empieza a cuestionarse y aparecen variaciones: se introducen materias escolares para instruir a las futuras madres, comienzan a proliferar obras de divulgación para la formación de las madres con contenidos didácticos en torno a la higiene, nutrición y cuidado sanitario de la madre en el embarazo, parto y lactancia, así como la alimentación e higiene del recién nacido, incluso se llegan a crear academias como la Academia

Montes<sup>268</sup> señala que precisamente por la presión y los dictámenes ejercidos por los espacios de poder a favor de hacer creer que la maternidad es un deber y fin de la mujer, donde el amor materno se encuentra naturalizado, nos indica su carácter cultural, puesto que consideran la necesidad de que la figura femenina reciba una formación para el desarrollo de la función de la maternidad, entonces nos lleva a plantearnos donde se encuentra ese instinto maternal, que ha sido utilizado para que la mujer sea la encargada de las labores de crianza. Pero durante mucho tiempo se ha pensado el amor maternal en términos de instinto, de forma que llega a considerarse un comportamiento arraigado en la naturaleza de la mujer que sobrepasa el tiempo o espacio que le rodean<sup>269</sup>. Coincidimos con Badinter<sup>270</sup> cuando refiere que:

*“Creemos que al convertirse en madre la mujer encuentra ella misma todas las respuestas a su nueva condición. Como si se tratara de una actividad preformada, automática y necesaria que sólo espera la oportunidad de ejercerse. Como la procreación es natural, nos imaginamos que al fenómeno biológico y fisiológico del embarazo debe corresponder una actitud maternal determinada”.*

Tanto la creencia de la necesidad de formación como la existencia del instinto sitúan el tratamiento al que ha sido sometida la maternidad en una paradoja, por un lado aparece la figura materna cuyo fin sublime es la maternidad y para la cual se encuentra preparada por el simple hecho de ser mujer; en contraposición, la mujer en otros momentos será considerada una ignorante en la materia que requiere de formación impartida por expertos para realizar sus tareas de modo correcto. En ambos casos, a pesar de ser la mujer la protagonista del proceso analizado, queda en segundo lugar, en el primero por la creencia de la existencia de conocimientos innatos, y por lo tanto, que no tiene importancia o no son valorados, y en la segunda opción, donde los conocimientos si son tenidos en cuenta, no están en la mano de la mujer, sino provienen de expertos que en la mayoría de los casos como se ha comentado son hombres, que se apropiaron de los conocimientos pertenecientes a la experiencia femenina a la cual ellos no tienen acceso.

Esto muestra el uso que se ha hecho a lo largo del tiempo de la maternidad para tener sometida a la mujer, aunque los argumentos hayan ido evolucionando, y en el caso concreto de España debido al tardío acceso de las mujeres a las carreras universitarias, junto con la animadversión con respecto a la expresión pública de las opiniones de las mujeres dificultaron el desarrollo de un movimiento de mujeres en torno a la maternidad.<sup>271272</sup>

---

de Higiene de Cataluña en 1887 con funciones pedagógicas, se crearon los consultorios llamados Gotas de Leche donde se llevaron a cabo labores preventivas y sociales, y fueron la base para la constitución de las Escuelas de Puericultura que aparecen alrededor de 1904. La preocupación por la salud de la infancia fue pieza clave en el desarrollo de la maternología”. González, op.cit., p.92-101

<sup>267</sup> Nash, op.cit., p.696.

<sup>268</sup> Montes, op.cit., p.69.

<sup>269</sup> Badinter, op.cit., p12.

<sup>270</sup> Ibíd.

<sup>271</sup> “A pesar de que la mujer no participa en la formación del ideal de la maternidad, si existen algunas figuras femeninas individuales o ciertos colectivos femeninos como las comadronas que intentan generar una opinión femenina en torno a la maternidad para lo cual publican revistas como El Eco de las Matronas, Revista profesional ilustrada de partos, enfermedades de la mujer, propia de la primera

Cuando se hace un recorrido en la historia de las actitudes maternas se llega a la conclusión de que la existencia del instinto maternal es un mito, no existen conductas que sean universales y necesarias en la madre, por el contrario, los comportamientos de las mujeres respecto a la maternidad si varían en función de sus sentimientos, cultura, ambiciones, frustraciones<sup>273</sup>...

Como conclusión a lo que supone y ha supuesto el instinto maternal citamos a Badinter<sup>274</sup> cuando dice:

*“Todo depende de la madre, de su historia y de la Historia. No, no existe ninguna ley universal en este terreno que escape al determinismo natural. El amor maternal no puede darse por supuesto. Es un amor “no incluido”.*

### 2.3. EXALTACIÓN E IDEALIZACIÓN DE LA MATERNIDAD DESDE LA IGUALDAD

El nuevo ideal de maternidad da un puesto a la mujer en la sociedad a través del cual puede ser valorada. Se conforma un sistema de valores que enmarca la subjetividad de la mujer, haciendo surgir en ellas el deseo de alcanzar el Ideal maternal como ideal que constituye su subjetividad y el deseo de maternidad como fuente de feminidad<sup>275</sup>. Uno de los primeros representantes encargados de la exaltación de la maternidad fue Rousseau, desarrolla una teoría sobre la familia burguesa, donde el amamantamiento materno será uno de sus símbolos, y en la cual la mujer que siga su naturaleza será recompensada por sus esfuerzos viviendo su maternidad con orgullo, que será considerada su realización personal, puesto que en este momento será valorada por el ejercicio de la misma<sup>276</sup>. Esta nueva maternidad donde la mujer pasa a ser un ser irremplazable seduce a las mujeres burguesas<sup>277</sup>, se considera que la función esencial de la mujer es la maternidad y además como novedad se cree que la mujer disfruta durante su ejercicio<sup>278</sup>, pero a medida que la función maternal se carga de responsabilidades se insiste más en que la abnegación forma parte de la naturaleza de la mujer y que en la maternidad la mujer encontrará la fuente felicidad<sup>279</sup>. Mediante la idealización de la maternidad se intenta llevar a la mujer al ejercicio de sus labores domésticas como único fin de autorrealización, a través del cual será valorada y podrá alcanzar la felicidad. No se

---

infancia e higiene popular (1893) y La Mujer y la Higiene. En esta última podemos leer una crítica del modelo de género vigente que definía a la mujer a partir del mandato biológico de maternidad:

“Está en nosotros incrustada una idea fatal para la redención de la mujer. La voz latina fémina que significa femenina (hembra), nos da una idea exclusivista de que ese hermosos ser está únicamente destinado a concebir y propagar la especie humana; como si la mujer, como el hombre, no fuera un ser moral, intelectual, social, sobre el cual la civilización va reconociéndole sus derechos que, tarde o temprano, habrán de consignarse en los códigos para igualarla al hombre”. Nash ,op.cit., p.697.

<sup>272</sup> Nash, op.cit., p.696.

<sup>273</sup> Badinter, op.cit., p.309.

<sup>274</sup> *Ibid.*, p.308.

<sup>275</sup> Esteban ML, Távora A, El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas, Anuario de Psicología, 2008; 39(1). p.64.

<sup>276</sup> Imaz, op.cit., p170-1.

<sup>277</sup> *Ibid.*, p.171.

<sup>278</sup> González, op.cit., p.95.

<sup>279</sup> Badinter, op.cit., p.223.

considera a la mujer en otro tipo de función que no esté relacionada con la maternidad y por lo tanto, no se le permite realizarse si no es en el ejercicio de la misma.

Al exaltar la maternidad aparece la “figura de buena madre”, que es representada por aquella mujer que permanece sumisa a sus hijos/as y esposo, donde se forma la “idea del amor maternal” que será necesario para buen desarrollo del recién nacido<sup>280</sup>. La mujer que no cumple con las funciones que se le atribuyen por instinto y naturalización, serán culpabilizadas y consideradas “malas madres”<sup>281</sup>.

En este nuevo modelo de maternidad el hijo/a adquiere un protagonismo que hasta ahora no tenía, en la familia nuclear llega a ser el “Rey de la familia”, donde todo va a girar en torno a sus necesidades y deseos que deben ser cumplidos para favorecer su buen desarrollo, y será la madre la encargada de llevarlos a cabo, con la complicidad del padre y despojándose de sus propias aspiraciones de mujer<sup>282</sup>, este modelo familiar ha llegado a la actualidad y es responsable de muchos de los actuales conflictos que sufren las mujeres que tratan de complementar la vida familiar con la laboral, y siguen cargando con el pesado lastre que supone el ejercicio del ideal de la maternidad. En el momento en que el hijo/a se convierte en la prioridad de la madre, que no solo da la vida y amor, sino que es considerada la responsable de su desarrollo y estabilidad, en este momento la niña/o será considerada un parámetro que permite medir si la mujer es “buena madre” y cumple con los ideales de la maternidad<sup>283</sup>. Si la mujer no posee una vocación altruista que la lleva al ejercicio de la maternidad, se recurre a la moral, que le indica la necesidad de sacrificarse por el bien de su descendencia, en este momento, el ejercicio de la maternidad se vincula al sacrificio y sufrimiento de la madre, que será necesario para la buena marcha de la familia<sup>284</sup>. La madre sacrificada compensará su detrimento como mujer y sus frustraciones con las gratificaciones que le produce la dependencia del resto de la familia hacia ella y el sentimiento de que es irremplazable<sup>285</sup>. Esto no deja de ser otro argumento más para intentar convencer a las mujeres de que el ejercicio de la maternidad es la mejor función que pueden realizar, de modo que si para llevar a cabo el ideal de la maternidad deben ceder en sus objetivos personales, no será en vano, puesto que obtienen por ello el valor de ser insustituible en el núcleo familiar.

Como consecuencia la nueva interpretación que adquiere la maternidad presenta un doble filo para la mujer, en primer término se le muestra como un estado ideal a través del cual podrá alcanzar su felicidad, mediante el bienestar de su familia, por lo tanto, aquí el ejercicio de la maternidad es algo positivo, pero por otro lado, nos encontramos con una figura femenina que debe dejar cualquier tipo de aspiración personal a favor de su función de buena madre, lo cual supone que solo pueda dedicarse a la maternidad, a pesar de poder tener otras inquietudes, las cuales debe dejar de lado si quiere alcanzar el ideal que desde la sociedad se le exige por ser mujer.

Según el discurso de la sociedad en cada momento, en función de las necesidades detectadas y los valores dominantes, las funciones que ejercen el padre, madre o los hijos/as dentro de la

---

<sup>280</sup> Palomar, op.cit., p.41.

<sup>281</sup> Badinter, op.cit., p.264.

<sup>282</sup> *Ibíd.*, p.16.

<sup>283</sup> Palomar, op.cit., p.47.

<sup>284</sup> Badinter, op.cit., p.23.

<sup>285</sup> González de Chavez, op.cit., p.17.

familia van a variar, de forma que cuando la sociedad deposita en el hombre (padre) todos los poderes, la madre pierde interés y su condición será asociada a la del hijo/a, mientras que cuando el niño/a adquiere valor para la sociedad, la madre como figura cuidadora adquiere valor por el papel que ejerce y el hombre es excluido<sup>286</sup>. La valoración que se da al recién nacido en cada etapa histórica es lo que determine si la mujer adquiere o no prestigio social durante el ejercicio de la maternidad. En la época que los niños/as no tienen ningún valor y son enviados lejos del domicilio familiar durante la infancia, la mujer que ejerce la función de cuidadora de la descendencia no tiene importancia, sin embargo, cuando la infancia empieza a ser pensada como provechosa para la sociedad, la cual se preocupa por reducir las altas tasas de morbi-mortalidad infantil y mejorar las condiciones higiénicas, nutricionales y la educación de la infancia, será la mujer, como encargada principal de realizar esa función, valorada por el resultado de sus cuidados. La importancia que se le da a la mujer depende de si el objeto de sus cuidados, el niño/a, posee o no interés para la ideología de la sociedad contemporánea.

El imaginario de la maternidad ha sido elaborado y controlado por los hombres<sup>287</sup>, que se han encargado de configurar una identidad femenina donde se ha impuesto el modelo idealizado de mujer-madre, que por otra parte es inalcanzable, y se encuentra cargado de exigencias y prohibiciones utilizadas para mantener a la mujer en esa función y normativizar su ejercicio, la experiencia de la maternidad enmarca el Ideal de la feminidad o la “Mística de la feminidad”, como la denominó Betty Friedman(1974)<sup>288</sup>; en otras palabras, para que la maternidad sea ejercida de igual modo por todas las mujeres, las cuales si lo hacen como muestra el ideal serán recompensadas con el título de “buenas madres”, y si no cumplen con los preceptos marcados serán culpabilizadas y consideradas “malas madres”, se ha elaborado un complejo imaginario social que marca las pautas a seguir durante el ejercicio de la maternidad.

El ideal de la maternidad que se ha planteado, el cual es inalcanzable, ha sido asimilado por la gran mayoría de las mujeres que se han atribuido una alta autoexigencia y la necesidad de buscar la perfección permanente en todas las facetas de su vida; cuya consecuencia final ha sido *“la obligación impuesta socialmente y asumida individualmente, de devenir y comportarse como supermujeres y supermadres, para conseguir llegar a ser la Madre Perfecta publicitada, la Madre Buena Imaginaria, la deseada por todos los hijos”*<sup>289</sup>.

Cuando no se puede llegar a cumplir con las altas expectativas que se han marcado desde la sociedad patriarcal y las demandas masculinas aparecen los sentimientos de culpabilidad, siendo este uno de los mecanismos más exitosos utilizado por la cultura masculina para mantener a la mujer sojuzgada; los distintos mitos de las culturas (Eva, Pandora, las brujas de los cuentos, la Medusa de la mitología...) se han encargado de mostrar a la mujer enmarcada dentro del sentimiento de culpa, debido a la incapacidad de alcanzar los ideales que se espera de ellas, dejándolas en una posición de invisibilidad<sup>290</sup>.

A pesar de que la mujer durante los siglos se ha asimilado a la figura de madre idealizada pero obligada a cumplir con la función, se puede observar que lentamente las mujeres empiezan a

---

<sup>286</sup> Badinter, op.cit., p.15-6.

<sup>287</sup> Bolufer M, Madres maternidad: nuevas miradas desde la historiografía. En: Franco GA, Debates sobre la maternidad desde una perspectiva histórica (siglos XVI-XX), Barcelona, Icaria editorial, 2010; Pp.66.

<sup>288</sup> González de Chávez, op.cit., p.17.

<sup>289</sup> *Ibíd.*, p.18.

<sup>290</sup> *Ibíd.*, p.18-9.

cuestionarse este modelo que les produce malestar y puede llegar a convertirse en un conflicto<sup>291</sup>; junto al cuestionamiento femenino del modelo que se le ha asignado también aparece una nueva línea de amor: el amor paternal, el cual ha sido llevado al olvido en el transcurso de la historia, y aunque por una minoría será reivindicado por los varones, los cuales ahora actúan como las madres, quieren a sus hijos lo mismo que ellas, y esto parece probar que ya no hay una especificidad de los respectivos papeles del amor maternal ni paternal<sup>292</sup>. El papel del padre y el nuevo modelo emergente de la paternidad, o paternidad compartida serán analizados más adelante.

#### 2.4. LA VOZ DE LAS MUJERES SOBRE LA MATERNIDAD

*“La civilización de un pueblo está en relación con la importancia de la mujer en ese pueblo, con su influencia, con su dignidad moral... En toda nación, en toda raza en que la mujer queda apartada del movimiento social, confinada en el harén, y permanece en la ignorancia de las cosas de la patria y de la humanidad, el progreso espontáneo, autónomo, es imposible”.*

Juliette Lambert ,1919 <sup>293</sup>

Es el movimiento feminista quien tras muchos años rompe el silencio que imperaba en torno a la mujer y se encargará de desmontar el modelo de maternidad asociado a la naturalización de la mujer, y con ello el mito del instinto maternal, y el modelo de madre ideal que había sido asignado a la mujer como único destino posible.

En todas las organizaciones sociales la procreación y el cuidado de la descendencia ocupan un lugar primordial si se pretende continuar y no extinguirse, a consecuencia de la dependencia extrema durante los primeros años de la vida del ser humano<sup>294</sup>, por lo tanto, el ejercicio de estas funciones que durante tanto tiempo han permanecido ocultas tienen un valor esencial dentro de la sociedad. Las interpretaciones del origen de las desigualdades entre el hombre y la mujer colocan a la maternidad como la expresión máxima de la diferencia biológica<sup>295</sup>, a partir de la cual se va a estructurar los diferentes roles femenino/masculino.

Mediante los diferentes estudios lo que se ha pretendido es tratar de demostrar que *“la biología no es destino”* sino que *“las identidades socio-simbólicas que se asignan a las mujeres en sus relaciones con los hombres en la organización de la vida en sociedad, al ser culturales, son variables y, por lo tanto, aptas de ser transformadas”*<sup>296</sup>.

Entre las diferentes estrategias utilizadas en las críticas realizadas por el movimiento feminista se ha insistido en que la biología no es capaz de explicar las diferencias existentes entre los hombres y las mujeres, se rechaza la premisa del “determinismo biológico”, las mujeres no son inferiores a los hombres desde el punto de vista biológico<sup>297</sup>. Cualquiera

---

<sup>291</sup>Vegetti., op.cit., p.200.

<sup>292</sup>Badinter, op.cit., p.310.

<sup>293</sup>Lambert J, Ideas antiprovidencianas.En: Nelken M, La condición social de la mujer en España, Madrid, Librería mujeres, Horas y Horas,2012(1919).Pp.175

<sup>294</sup> Izquierdo, Ariño, op.cit., p.95.

<sup>295</sup> Lamas M, La antropología feminista y la categoría de género. En: Lamas M (compiladora), El género. La construcción cultural de la diferencia sexual, México, Miguel Ángel Porrúa Grupo editorial.2007. p.95.

<sup>296</sup>Stolke V, La mujer es puro cuento: la cultura del género, Estudios Feministas, 2004;12(2), Pp. 78-9.

<sup>297</sup> Izquierdo, Ariño, op.cit., p.88.

comportamiento o fenómeno humano debe ser considerado simultáneamente biológico y social<sup>298</sup>, los hombres y las mujeres comparten más semejanzas como especie que diferencias sexuales<sup>299</sup>.

Hasta que se abre el debate feminista se consideró la maternidad consustancial a la feminidad, siendo la maternidad un fenómeno incuestionable<sup>300</sup>, pero durante el transcurso siglo XX se pone fin a esta creencia y comienza la lucha por los derechos de las madres y la dignidad de la maternidad en lo que se conoce como los Estados de Bienestar, donde en un principio las demandas se tradujeron en reformas protectoras (que no dejaban de lado el modelo paternalista) más que en materialización de los diferentes derechos maternales<sup>301</sup>. Entonces se puede ver que en un principio las reivindicaciones estaban más ligadas al reconocimiento de la función maternal y la protección de los derechos sin cuestionar la responsabilidad que se la atribuye a la mujer o la división del espacio público o privado<sup>302</sup>, pero a medida que el siglo XX va avanzado, las reivindicaciones de las mujeres comienzan a centrarse en el cuestionamiento de la división de los diferentes espacios y la redistribución de las responsabilidades de la vida privada<sup>303</sup>.

Mediante las reivindicaciones de género que se llevan a cabo se pretende llegar a la desesencialización y la desnaturalización de las conductas que durante siglos se han atribuido a las mujeres y ellas aceptaron sin cuestionar, lo que se intenta es:

*“Reconocer y reivindicar para las mujeres su condición de sujetos socialmente contruidos, aún en aquellos ámbitos menos cuestionados pues implican mandatos sociales más fuertes”.*<sup>304</sup>

El instinto maternal que se ha atribuido a toda mujer en función de sus características biológicas puede ser cuestionado por dos vertientes diferentes, en primer lugar desde la antropología, la cual se ha encargado de mostrar la diferencia existente en el amor maternal dependiendo de la cultura que se analiza, y desde la historia donde como hemos visto se evidencia la evolución y los cambios de ese sentimiento en el transcurso del tiempo<sup>305</sup>. Las investigaciones antropológicas han demostrado que no existen dos culturas que coincidan en que se diferencia un sexo el otro, sino que sus definiciones se van a basar en constructos sociales dinámicos que dependen de la cultura, el grupo étnico, las clases sociales o los individuos, a lo largo de la historia de Occidente lo masculino ha sido lo que ha constituido el eje del discurso dominante, de forma que la “diferencia” se convierte en desigualdad, que se va a extender a todos los ámbitos de la vida de las personas, desde el político al social<sup>306</sup>. La misma vivencia puede dar lugar a variedad de experiencias que dependerán del contexto, el

---

<sup>298</sup> Ibíd., p.94.

<sup>299</sup> Lamas, op.cit., p.115.

<sup>300</sup> González, op.cit., p.96.

<sup>301</sup> Bock, op.cit., p.442-3.

<sup>302</sup> González, op.cit., p. 93.

<sup>303</sup> Bock, op.cit., p.448.

<sup>304</sup> Juliano, op.cit.

<sup>305</sup> Ibíd.

<sup>306</sup> Martínez I, Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. Programa de formación de formadores/as en perspectiva de género en salud, Universidad de Valencia, 2005.p.12.

momento, los sentimientos, las creencias, la salud..., por tanto, los múltiples factores van a proporcionar múltiples interpretaciones<sup>307</sup>.

Margaret Mead con sus estudios en tres sociedades de Nueva Guinea<sup>308</sup> demostró que no existen conductas instintivas universales y en sus reflexiones concluye que las diferentes conductas son consecuencia de creaciones culturales, donde la naturaleza humana es muy maleable. Badinter<sup>309</sup>, como ya hemos comentado, nos muestra como en Europa durante gran parte de los siglos que van del XVI al XIX se abandonan a los niños/as en manos de nodrizas que se encargan del cuidado de los mismos, lo cual ocurre en todas las clases sociales, y las madres no tienen sentimientos de culpabilidad por ello. Otra antropóloga, Nancy Scheper-Hughes en su libro "La muerte sin llanto"<sup>310</sup> realiza una crítica de los discursos médico-psicológicos occidentales que pretenden naturalizar las relaciones de las madres y sus hijos/as, se encarga de cuestionar el apego maternal<sup>311</sup>.

El campo del amor maternal constituye uno de los prejuicios que se han asentado con mayor solidez, a consecuencia de que una parte importante de la organización social de las sociedades patrilineales, como la Occidental, se ha basado en la consideración de que la relación entre la madre y su descendencia cumple con las características de un vínculo biológico que no se da en otras relaciones afectivas, la mujer se valora en función de su capacidad reproductora, lo cual lleva a que interiorice la idea de maternidad como destino<sup>312</sup>. Por ello, su deconstrucción ha sido uno de los objetivos del movimiento feminista, en 1949, Simone de Beauvoir con su libro "El Segundo Sexo", ya se encarga de cuestionarlo poniendo en duda la supuesta naturalidad de las conductas maternas, y propone situarla en el campo de la cultura, reflexiona sobre como la maternidad ha sido utilizada para mantener a la mujer subordinada, como pretexto para justificar la desigualdad entre los sexos<sup>313</sup>, introduce la idea moderna feminista, demuestra como la historia de las mujeres ha sido constituida en relación con la definición masculina, y no la femenina en sí misma, figura que se convierte en "el segundo sexo" o "la otra"<sup>314</sup>. Pero como refiere Silvia Caporale<sup>315</sup> en relación con la función reproductiva: "*La capacidad de dar a luz es algo biológico, mientras que la necesidad de convertirlo en un papel primordial para las mujeres es cultural*".

Un parto es un hecho biológico universal, pero la vivencia de la experiencia entorno al embarazo y el parto van a depender de las culturas que se encargan de moldearlo<sup>316</sup>, realizar

---

<sup>307</sup> Izquierdo, Ariño, op.cit., p.89.

<sup>308</sup> Mead M, Sexo y temperamento en las sociedades primitivas, Editorial Laia, Barcelona, 1981 (original publicado en 1935). Citado en Lamas, op.cit., p.99.

<sup>309</sup> Badinter, op.cit.

<sup>310</sup> Scheper-Hughes, N, La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil. Barcelona: Ariel Antropología (1997[1992]). Citado en Esteban ML, El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista, Inguruak, 2007; 44: 249-61.

<sup>311</sup> Esteban, 2007, op.cit., p.252.

<sup>312</sup> Juliano, op.cit.

<sup>313</sup> Bolfer, op.cit., p.52.

<sup>314</sup> Stolke, op.cit., p.82.

<sup>315</sup> Caporale S, Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es): una visión integradora, Madrid, Etnema, 2004. Citado en Castellanos E, Soriano I, Sobre la mirada de género en la salud reproductiva y la construcción social de la maternidad, Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia, 2010; 5. Pp. 89-108.

<sup>316</sup> Blázquez, 2005, op.cit., p.2.



un análisis desde la perspectiva de género nos permitirá conocer el porqué de las diferencias entre la maternidad y la paternidad, así como hacer visible la organización y el mantenimiento de las inequidades entre los hombres y las mujeres<sup>317</sup>.

Con argumentos como el anterior la crítica feminista ha hecho un gran esfuerzo por desnaturalizar la clásica visión de la mujer abnegada a la maternidad, replanteándose la reproducción y la sexualidad femenina, considerando el carácter dinámico de las mismas y el control social que se ha ejercido sobre ellos a favor del mantenimiento de la mujer en una posición de inferioridad respecto a la figura masculina<sup>318</sup>. El movimiento feminista con su ejemplo y sus luchas ha mostrado que existe la posibilidad de otra práctica femenina, que aparte de ser posible es deseable, donde tras todo este tiempo las mujeres que han estado en silencio tomen la palabra para sacar a la luz la opresión sexista a la que se les ha sometido durante siglos<sup>319</sup>.

A pesar de que la maternidad ha sido uno de los campos que han sufrido modificaciones en sus representaciones y prácticas, aún perdura una ideología social diferenciadora y discriminatoria para las mujeres, los hombres poco a poco están asumiendo más tareas de cuidado o crianza, pero sigue predominando la especialización femenina en la crianza<sup>320</sup>, los cambios son lentos, pero no se puede olvidar que se pretende modificar una ideología que ha estado presente durante muchos siglos en el imaginario de la sociedad occidental, que aún está presente y que las principales implicadas, las mujeres, han asumido como obligación, y aunque en el pensamiento occidental se ha considerado a la maternidad un objeto público<sup>321</sup>, ha existido una falta de estudio del fenómeno por parte de las diferentes ciencias debido a su relación con la naturaleza.

La crítica feminista se ha basado en la revisión del discurso que proclama la figura femenina como mera reproductora, dependiente de la naturaleza, donde la paternidad es un hecho construido culturalmente, y existe una clara separación entre ámbitos privado y público<sup>322</sup>. En la defensa de la igualdad entre el hombre y la mujer se debe tener en cuenta que ello no debe implicar que los individuos sean clones<sup>323</sup>, por lo tanto, si lo que se pretende es alcanzar esa igualdad no se podrá hacer sin un *“pensamiento del género en tanto que sexuado”*, de forma que se incluyan los derechos y deberes de ambos sexos, donde se incluya lo que es *“diferente”*<sup>324</sup>. Las mujeres como objetivo de su liberación no pueden quedarse en alcanzar ese ideal de *“superwomen”*, como ocurre en la actualidad, su identidad no se puede reducir

---

<sup>317</sup> García, Díaz, op.cit.

<sup>318</sup> Esteban, 2007, op.cit., p.252

<sup>319</sup> Badinter, op.cit., p.279.

<sup>320</sup> Esteban ML, Cuidado y salud: Costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales, Género y Cuidados: algunas ideas para la visibilización el reconocimiento y la redistribución, Ponencia presentada en Jornadas Internacionales SARE 2003 *“Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado”* organizado por Emakunde, 2003.

<sup>321</sup> González, op.cit., p.93.

<sup>322</sup> Narotzky S, Mujer, Mujeres, Género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.1995. En: Esteban ML, El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista, Inguruak, 2007;44. Pp.249-261.

<sup>323</sup> Camps V, El siglo de las mujeres, Universitat de València. Instituto de la mujer, Ediciones Cátedra, 1998.p.32.

<sup>324</sup> Irigaray, op.cit., p.10.

simplemente a la maternidad, ni tampoco en actuar como los hombres<sup>325</sup>, se debe reconocer su valía como mujer y no solo por el ejercicio de la maternidad, es decir como madre, siendo las mujeres las que se deben en primer término implicar en la transformación de los modelos que han perdurado durante siglos.

### 3. ASISTENCIA SANITARIA A LA MUJER EN EL PROCESO REPRODUCTIVO: ANTECEDENTES.

#### 3.1. ITER DE LA PROFESIONALIZACIÓN FEMINIZADA EN LA ASISTENCIA AL CUIDADO

La atención de la mujer a lo largo de la historia durante los procesos del embarazo, parto y puerperio, incluso durante otros problemas que pudieran surgir relacionados con la anatomía de la mujer, ha estado durante la mayor parte del tiempo en manos de otras mujeres, las cuales se han encargado profesionalmente a ello, y estas mujeres son las matronas. La asistencia a dichos procesos (embarazo, parto y puerperio) por parte de la medicina occidental o biomedicina es relativamente reciente, al ser considerado durante mucho tiempo el parto como algo “natural”, no patológico, relegado a la esfera femenina, donde la asistencia corría a cargo de la “comadre” o “partera”<sup>326</sup>.

En este capítulo se va a realizar una breve revisión sobre la asistencia que las mujeres han recibido a lo largo de la historia durante el embarazo, parto y puerperio, lo cual se considera muy importante, puesto que para entender esta profesión y la atención que actualmente reciben las mujeres y sus familias por parte de los profesionales, es necesario comprender como se han tratado estos procesos desde la antigüedad. Este capítulo se puede resumir en las palabras de Ehrenreich y English<sup>327</sup> cuando dicen:

*“Las mujeres siempre han sido sanadoras. Ellas fueron las primeras médicas y anatomistas de la historia occidental. Sabían procurar abortos y actuaban como enfermeras y consejeras. Las mujeres fueron las primeras farmacólogas con sus cultivos de hierbas medicinales, los secretos cuyos usos se transmitían de unas a otras. Y fueron también comadronas que iban de casa en casa y de pueblo en pueblo. (...) excluidas de los libros y la ciencia oficial, prendían unas de otras y se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija. La gente del pueblo las llamaba “mujeres sabias” (...)”*

A pesar de que prácticamente no existen fuentes escritas que avalen las prácticas y los conocimientos, la matrona, es el referente histórico que se ha ocupado de la asistencia obstétrica, en parte la falta de estas fuentes está relacionada con la propia historia de las mujeres<sup>328</sup>, las cuales por sus funciones biológicas han sido apartadas de la esfera social y con ello de las diferentes ciencias o conocimientos, y como refiere M<sup>a</sup> Isabel Oliver<sup>329</sup> cuando dice “se puede afirmar que, salvo raras excepciones, la obstetricia se ha hecho en femenino y se ha escrito en masculino”.

---

<sup>325</sup> Irigaray, op.cit., p.92.

<sup>326</sup> Argüello HE, Mateo A, Parteras tradicionales y parto medicalizado. ¿Un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años, Revista LiminaR, Estudios Sociales y Humanísticos, 2014; 12(2).p.14.

<sup>327</sup> Ehrenreich B, English D, Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos. Política sexual de la enfermedad, Barcelona, La Sal Edicions de las Dones, 1988 [1981].p.7.

<sup>328</sup> Oliver MI, Plantas y remedios usados tradicionalmente en la asistencia al parto, Matronas Prof., 2000; 1(1).p.32.

<sup>329</sup> Ibíd., p.32.

Tradicionalmente y desde la antigüedad las mujeres se han asistido unas a otras en los partos, la elección de la mujer que atendía el parto parece que se basaba en la destreza y la experiencia acumuladas, existiendo una división social y sexual<sup>330</sup>, donde el parto y los aspectos reproductivos eran considerados como “cosas de mujeres” que pertenecen a la esfera femenina adscrita a la esfera privada<sup>331</sup>, y por tanto, carente de valor, al ser algo natural. Como refiere Valle<sup>332</sup> “*la partería o el arte de asistir a los partos es tan antiguo como los tiempos, y en todas las culturas y épocas ha estado vinculado al hecho de ser mujer*”.

Estas mujeres encargadas de la atención de otras, en un principio se formaban acompañando a otra que poseía más experiencia y era más mayor, de esta forma los conocimientos adquiridos eran transmitidos de una generación a la siguiente, normalmente de madres a hijas o a otra familiar<sup>333</sup>, Teresa Ortiz<sup>334</sup> nos muestra que: “*la enseñanza consistía en observar y ayudar a la maestra y oír de ella sus explicaciones, aprendiendo unas destrezas que, a su vez, en el futuro, ellas mismas podían transmitir*”. Que la formación fuese transmitida de unas mujeres a otras les daba el poder de poseer los conocimientos, los cuales les hacía ser requeridas para la asistencia del parto o cualquier otro problema que pudiera surgir, por tanto, estas mujeres poseían cierto estatus dentro de sus comunidades.

El nacimiento de la partera, como mujer encargada de asistencia al parto proviene del asentamiento de los antiguos pueblos nómadas durante el período neolítico, en el cual se produce un cambio en la organización social, donde las “mujeres experimentadas” se encargan de la asistencia de otras mujeres en trabajo de parto y se excluye a los hombres, situación que perdurará durante los diez mil siguientes años<sup>335</sup>.

En el antiguo Egipto ya era reconocida la ocupación de matrona, en el papiro Ebers queda constancia de la profesión de matrona como una ocupación femenina, figura que se encargaba de los nacimientos normales, incluidos los de la realeza<sup>336</sup>. Según Del Hoyo<sup>337</sup>, en Saïs, ciudad Egipcia, “*existía una escuela de comadronas donde las mujeres impartían enseñanzas*”.

En la era griega, en la ciudad de Atenas, solo se permitía el oficio de comadrona a las mujeres<sup>338</sup>, las cuales ya empleaban el cornezuelo de centeno en sus prácticas, cuando existía una hemorragia posparto<sup>339</sup>, lo cual muestra el conocimiento que estas mujeres poseían sobre diferentes sustancias de origen animal, mineral o plantas y diferentes remedios, los cuales son

---

<sup>330</sup> García, MJ, García AC, Las funciones de la matrona en el mundo antiguo y medieval. Una mirada desde la Historia, *Matronas Prof.*, 2005; 6(1).p.15.

<sup>331</sup> Valle JI, El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957, *Matronas Prof.*, 2002; 9.p.29.

<sup>332</sup> *Ibíd*, p.28.

<sup>333</sup> *Ibíd*, p.28.

<sup>334</sup> Ortiz T, Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX”, *Arenal*, 1999; 6 (1).p.57.

<sup>335</sup> Towler J, Bramall J, *Comadronas en la historia y en sociedad*, Barcelona, Masson, 1997.p.4.

<sup>336</sup> *Ibíd.*, p.10.

<sup>337</sup> Del hoyo J, *La mujer y la medicina en el mundo romano*, Asclepio, 1987; 39.p.130.

<sup>338</sup> Valle, *op.cit.*, p.28.

<sup>339</sup> Escohotado A, *Historia de las drogas 1*, Madrid, Alianza, 1998. En Oliver MI, *Plantas y remedios usados tradicionalmente en la asistencia al parto*, *Matronas Prof.*, 2000; 1(1) Pp.32-41.

los principios activos de numerosos fármacos que se usan en la actualidad<sup>340</sup>. En tiempos de Hipócrates y Sócrates (500 años A.C.) las comadronas eran reconocidas socialmente y recibían honores, y llegaron a estar especializadas en dos grados, siendo las de mayor experiencia y habilidad consultadas en partos complejos, y el otro grado atendía partos normales<sup>341</sup>. La madre de Sócrates, Feneratis, era comadrona, y éste describió las cualidades de estas mujeres, de las cuales decía que con ciertos brebajes y encantamientos eran capaces de acelerar el momento del parto, provocarlo y apaciguar los dolores, las comadronas conocían si una mujer estaba o no encinta, incluso facilitaban el aborto...<sup>342</sup>

En la época romana se asientan los conocimientos y prácticas que se heredan de Egipto y Grecia, y se sabe poco de las comadronas romanas, suponiéndose que en la era cristiana eran una profesión establecida<sup>343</sup>.

La asistencia al parto está documentada en varias ocasiones en los textos bíblicos, siendo de las primeras referencias escritas que muestra como las matronas eran las encargadas de asistir a las mujeres. Se describe el parto gemelar de Tamar (hacia el 1700 A.C.)<sup>344</sup>, donde se evidencian funciones de la partera, que a parte de la asistencial, incluía otros aspectos como el jurídico legal de reconocimiento del primogénito<sup>345</sup>. Otro pasaje bíblico que habla de las matronas fechado en 1600 A.C. narra cómo dos matronas hebreas, Sifrá y Púa, son requeridas por el Faraón para que maten a los recién nacidos varones, dejando vivir a las mujeres; pero estas comadronas se las ingenian para no llevar a cabo dicho mandato como muestra el texto:

*“El rey de Egipto mandó llamar a las parteras y les dijo: ¿Por qué habéis hecho eso de dejar con vida a los niños? Respondieron las parteras al Faraón: No se parecen las hebreas a las mujeres egipcias. Están llenas de vida y dan a luz antes que llegue a ellas la partera”.*<sup>346</sup>

En este pasaje de la Biblia también se hace referencia a la forma de parir de las mujeres de la época, las cuales se apoyaban entre dos piedras.

Todas estas referencias muestran como desde la antigüedad las mujeres han sido asistidas en sus partos por otras mujeres, las matronas, las cuales se dedicaban profesionalmente a ello, y poseían unos conocimientos que les hacía ser requeridas por las mujeres de sus comunidades, esta situación será la que predomine durante la mayor parte de la historia de la humanidad, a pesar, y como veremos más adelante, de que en el siglo XVIII-XIX la profesión médica intenta desprestigiar a la matrona con diferentes argumentos, sin tener en cuenta y como refiere el doctor suizo Jacobus Rueff<sup>347</sup> que resume la importancia de la matrona para la humanidad al decir:

*“Puede observarse que en todas las edades del mundo, y a lo largo y ancho de todos los países, la ayuda de graves y modestas mujeres (llamadas por nosotros comadronas) ha*

---

<sup>340</sup> Oliver, op.cit., p.32.

<sup>341</sup> Towler, Bramall, op.cit., p.14-5.

<sup>342</sup> Del hoyo, op.cit., p.135.

<sup>343</sup> Towler y Bramall, op.cit., p.17.

<sup>344</sup> Biblia de Jerusalén, Génesis 38: 27-30, Bilbao, Editorial Española Descleé de Brouwer, 1975.

<sup>345</sup> García, García, op.cit., p.13.

<sup>346</sup> Biblia de Jerusalén, Éxodo, 1:15-22, Bilbao, Editorial Española Descleé de Brouwer. 1975.

<sup>347</sup> Rueff J, The expert midwifery. Ed. Griffin, Londres.1637. Citado en Towler y Bramall, op.cit., p.120.

*sido siempre útil para alivio y socorro de todas las hijas de Eva, a quienes Dios ha designado para traer los hijos al mundo”.*

El *Evangelio del Pseudo Mateo*, que forma parte de los Evangelios de la Natividad dentro de los *Evangelios Apócrifos*, cita a dos parteras, Zelomí y Salomé, las cuales entraron en la cueva para atender a la Virgen María. Otro texto, éste incluido en los Apócrifos de la Infancia, habla de la función docente ejercida por las matronas, cuando refiere que José reconoce la necesidad de una matrona en el momento del parto de María y envía a su hijo Simeon a buscarla, la mujer que acude reconoce que está aprendiendo el oficio de su maestra<sup>348</sup>. Estos ejemplos reiteran la importancia de las matronas a lo largo de la historia en la asistencia a la mujer durante su ciclo reproductivo, son escasos testimonios, pero muestran la transmisión de conocimientos desde la antigüedad por parte de estas mujeres que se dedican profesionalmente a la asistencia al parto, y siempre se ha posicionado del lado de las mujeres y sus familias.

En el medievo, la matrona se sigue ocupando de la asistencia a la mujer, existen diversos testimonios que lo verifican, donde se muestran las diversas funciones que ejercían: asistencial, jurídico legal, docente y religiosa<sup>349</sup>. En este periodo se produce una asociación entre la bruja y la comadrona, llegando a ser perseguidas por la Inquisición, usaban diferentes preparados farmacológicos que todavía se usan en la actualidad, entre ellos derivados del cornezuelo para acelerar contracciones y recuperación después del parto o belladona para inhibir contracciones uterinas. El uso de estos remedios suponía una amenaza para la Iglesia, al tener una base empírica que no necesitaba de la fe<sup>350</sup>.

En las Cortes de Valladolid, en 1258, se dictaron órdenes para prevenir las mezclas de razas, y se prohibió a judías y moras la asistencia de madres cristianas, y a éstas la crianza de hijos de israelitas o sarracenos. El Rey Alfonso X El Sabio recoge en sus siete Partidas, concretamente en la II Partida, Ley III, que la matrona debería ocuparse de la atención de la madre en la gestación y el parto, y enumera las cualidades que debe reunir la partera, a la que denomina *obstetrix*, y la nodriza<sup>351352</sup>; en la Partida VI, alude a las “mujeres sabedoras” las cuales asisten el parto, y el tratamiento de enfermedades propias de las mujeres e incluso padecimientos infantiles. En las Cantigas también se describen escenas de comadronas ejerciendo en diferentes situaciones<sup>353</sup>.

En el siglo XV, existen testimonios oficiales que muestran el control del ejercicio de las matronas, en 1434, las Cortes de Zamora y las ordenanzas de Madrigal, en 1448, se menciona que para ejercer las matronas debían ser examinadas por los alcaldes locales, de forma que demostraran que poseían conocimientos y experiencia probada<sup>354</sup>. Todo esto demuestra la importancia del ejercicio de la profesión de matrona, siendo el control sobre la misma una forma de dar importancia a quien se dedica a ello, diferenciando de aquellas mujeres que no tenían conocimientos o experiencia.

---

<sup>348</sup> García, García, op.cit., p.14.

<sup>349</sup> Ibíd, p.16.

<sup>350</sup> Ehrenreich, English, op.cit., p. 16-7.

<sup>351</sup> Recordar como ya se describió en el anterior capítulo que gran cantidad de mujeres dejaban en manos de nodrizas la crianza de su descendencia.

<sup>352</sup> Ibíd, p.15.

<sup>353</sup> Valle, op.cit., p.29.

<sup>354</sup> Ibíd, p.29.

Otra muestra de la importancia de la matrona como referente en la asistencia al parto está fechado en 1452, donde una matrona famosa, denominada “la Herradera”, fue requerida para el nacimiento de Fernando II de Aragón, el Rey Católico, lo que muestra que las matronas también asistían a las mujeres de clases altas<sup>355</sup>.

Durante este siglo el ejercicio de la partería se ayudaba de sillas de partear que las matronas llevaban consigo, ya que no se atendía el parto en el lecho, lo que muestra el respeto que existía a la fisiología del parto, la asistencia al parto la realizaban delante de la parturienta sentada, se colocaban en cuclillas o arrodillaban delante de la mujer<sup>356</sup>. Esto muestra como los partos que históricamente asistían las comadronas eran respetuosas con la fisiología, lo cual y como veremos cambió en el momento en que se intenta desacreditar a estas profesionales, y ha llegado a la actualidad, donde hasta no hace mucho, e incluso en la actualidad, a la mujer en trabajo de parto no se le permite la elección de la posición para parir, sino que se le tumba en la mesa de partos, lo cual es más cómodo para la persona que asiste el parto.

A pesar de la importancia de la matrona en la asistencia al parto cuando se crea el Tribunal de Protomedicato (1477), al considerar el parto algo natural y de mujeres, lo cual estaba devaluado, la matrona queda fuera de las consideraciones que este tribunal dicta para otras profesiones sanitarias, reduciendo las posibilidades de mejorar su ejercicio. Posteriormente los Reyes Católicos promulgan una pragmática que regula el oficio de las matronas<sup>357</sup>. Pero a medida que se va estableciendo la medicina como una disciplina académica, la exclusión de las mujeres se agrava, lo cual coincide con la publicación de “The Malleus Maleficarum”, cuyos autores, Heinrich Kraemer y James Sprenger, relatan cómo identificar a las brujas<sup>358</sup>, y por tanto, escriben realmente una obra en que puede ser utilizada en contra de cualquier mujer.

A lo largo del siglo XVI, la obstetricia no se incluye en las universidades al ser considerada parte de la cirugía, además de ser una cuestión de naturaleza simple y ser atendida por mujeres, pero a pesar de no tener en esta época un pleno reconocimiento si eran aceptadas por su labor social<sup>359</sup>. En este momento todavía se diferenciaba entre la medicina y la cirugía, y es cuando algunos barberos cirujanos comienzan a practicar el arte de partear, lo cual fue una novedad, ya que hasta entonces solo las mujeres se ocupaban del parto<sup>360</sup>. Durante este siglo comienzan a aparecer manuales dirigidos a la formación de matronas pero escritos por hombres<sup>361</sup>.

El siglo XVII los cirujanos comadrones hacen incursión en la asistencia al parto y comienzan los roces con las matronas, ya que estos se inmiscuyen en el trabajo de las comadronas, los cuales comienzan a buscar un mayor protagonismo en la asistencia, pero sin mejorarla, esta situación queda plasmada en el libro de Rodrigo de Castro, publicado en 1603, donde habla del abandono que sufre la obstetricia y refiere que las comadronas debido a su mayor experiencia

---

<sup>355</sup> García, op.cit., p.15.

<sup>356</sup> Valle, op.cit., p.29.

<sup>357</sup> *Ibid.*, p.29.

<sup>358</sup> Argüello, Mateo, op.cit., p.15.

<sup>359</sup> Valle, op.cit., p.30.

<sup>360</sup> Argüello, Mateo, op.cit., p.15

<sup>361</sup> En 1541, aparecerá el primer texto en lengua vulgar o romance dedicado a la formación de las comadres o matronas; su título es “Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños, y está escrito por Damián(n) Carbó(n)”. Valle, op.cit., p.30.

deberían ser los profesionales que se dediquen a la asistencia al parto normal<sup>362</sup>. Los cirujanos comadrones alegan su supuesta superioridad técnica por el uso del fórceps obstétrico, instrumento quirúrgico que las mujeres tenían prohibido usar<sup>363</sup>. Poco tiempo después, 1606, el Catedrático en Medicina Ruyzes de Fontecha escribe un libro titulado *Diez privilegios para mugeres preñadas*, donde relata los derechos de las mujeres embarazadas los cuales incluían “(...) la libre elección de las comadronas por parte de la preñada y de las cualidades, instrumentos y bebidas de las que deben disponer éstas en cualquier situación”<sup>364</sup>; esto nos recuerda a las actuales peticiones respecto a la asistencia al parto, y nos muestran que no es una novedad, puesto que como vemos hace ya muchos siglos ya se hablaba de los derechos de las mujeres durante la asistencia a su parto, y como estos derechos se relacionan con la matrona.

Durante el siglo XVIII comienza a fundamentarse la obstetricia y la matrona pierde la hegemonía respecto a la asistencia al parto, se cuestionará tanto desde el poder político, intelectual y religioso<sup>365</sup>. A pesar de esto en un principio los médicos que se dedicaban a la asistencia al parto fueron despreciados por sus compañeros, ya que se consideraba “la atención a la mujer como una bajeza”, a lo largo de las décadas de este siglo comienzan a desplazar a las matronas<sup>366</sup> del puesto que hasta el momento y como hemos visto han ocupado en el transcurso de la historia. Hasta este momento la matronería era un ejercicio de mujeres que se basaba en conocimientos de base empírica<sup>367</sup>, pero en este momento y como refieren Martínez y Pardo<sup>368</sup>:

*“El arte de la partería dejará paso a una cirugía obstétrica técnicamente configurada de acuerdo con el saber médico y quirúrgico de la época. La consecuencia más inmediata de este proceso será la subordinación de la matrona al cirujano comadrón, juntamente con su confinamiento en espacios geográficos o sociales alejados del alcance del sistema médico oficial”.*

La estrategia que emplean los cirujanos para ganar el terreno de la asistencia al parto es como refiere Ortiz<sup>369</sup>: “el control de la transmisión del saber sobre el parto”, con la incursión del hombre en la práctica de la obstetricia en las clases medias, se pierde el carácter de servicio a las vecinas y se convierte en una actividad lucrativa<sup>370</sup>. Los cirujanos y los médicos durante el siglo XVIII y posteriores se van a dedicar a construir un conocimiento científico, y en base a ello se consolidan como la autoridad que se dedica a formar a las matronas<sup>371</sup>, aunque la práctica diaria siguió en manos de las mujeres hasta mediados del siglo XX<sup>372373</sup>, siendo el

---

<sup>362</sup> Valle, op.cit., p.31.

<sup>363</sup> Ehrenreich y English, op.cit., p.20.

<sup>364</sup> Ibíd., p.20.

<sup>365</sup> Martínez A, Pardo J, Un conflicto profesional, un conflicto moral y un conflicto de género: los debates en torno a la atención al parto en la Ilustración, Cronos, 2001; 4 (1-2).P.5.

<sup>366</sup> Argüello y Mateo, op.cit., p.14

<sup>367</sup> Ortíz, op.cit., 1999.p.56.

<sup>368</sup> Martínez, pardo, op.cit., p.6.

<sup>369</sup> Ortíz, op.cit., 1999.p.57.

<sup>370</sup> Ehrenreich y English, op.cit., p.20.

<sup>371</sup> En los Colegios de Cirugía durante el siglo XVIII comienza la formación académica de las matronas en España. Ortiz, op.cit., 1999,p.58.

<sup>372</sup> Ortiz, op.cit., 1999, p.57-8.

arte de partear su oficio, en el cual no han tenido competencia durante los siglos anteriores<sup>374</sup>. Al inicio del siglo para obtener la titularidad las matronas eran examinadas por un médico y una matrona, la cual fue sustituida por un cirujano, durante el proceso de cambio que estaba sufriendo la obstetricia, y concretamente en 1750 bajo el mandato del Tribunal de Protomedicato, quedando subordinada la matrona y dando paso al cirujano comadrón a un espacio que hasta el momento estaba monopolizado por las matronas.<sup>375376</sup>

Resulta curioso conocer la trayectoria de la asistencia al parto, lo cual nos muestra que a pesar de que la matrona se dedica en la práctica a ello, es formada por un cuerpo de profesionales que no asisten partos, y además está constituido por varones, lo cual nos muestra la subordinación de la mujer al hombre, ya que a lo largo de la historia los conocimientos de obstetricia habían sido transmitidos y ejercidos por las mujeres, y esto pasa a manos de los hombres, que además van a desprestigiar la tarea que las matronas han venido realizando. A partir de este momento la formación de las matronas pasará a manos de los médicos y unas veces se va a realizar un examen, otras estará en la universidad o se realiza una formación teórico-práctica en los hospitales o Casas de maternidad<sup>377</sup>. En esta época también aparece la figura del “practicante”, que en ocasiones también hará la competencia a las matronas; pero tanto matrona como practicante serán los auxiliares del médico, la matrona se encarga del parto normal y ayuda en los complicados.<sup>378</sup>

La transmisión del terreno de la partería a manos del cirujano fue lenta, entre las razones se encuentran: *“los mecanismos de solidaridad inherentes a la relación de las mujeres con las matronas, (...) la escasez de cirujanos parteros, la incapacidad de abarcar todo el territorio, la imposibilidad de la inmensa mayoría de la población de pagarse un cirujano, la inaccesibilidad del mundo rural”*<sup>379</sup>. En palabras de Teresa Ortiz<sup>380</sup>: *“(...) y convertía, de este modo, el arte de partear en un saber quirúrgico, científico y masculino que, sin embargo, tendría una práctica mayoritariamente empírica y femenina hasta bien entrado el siglo XIX”*.

En el siglo XIX se regula la formación de las matronas, se establece la duración de la misma y las materias que deben cursar, y se promulgan leyes que regulan el ejercicio de la profesión (en la Ley de Instrucción Pública de 1857, Ley Moyano, se regula en el artículo 41 las condiciones y el reglamento para obtener el título de matrona), aunque durante un periodo se permite la enseñanza libre<sup>381</sup>. La presión que ejercen los cirujanos desplaza a las matronas de las zonas urbanas a las rurales<sup>382</sup>.

---

<sup>373</sup>Montes MJ, Castells A, Martorell MA, Ser matrona a mediados del siglo XX. El género como distribuidor de oportunidades y organizador de emociones. En: Martínez-Hernández A, Masana L, Digiacomo S, Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica, Tarragona/Porto Alegre, Publicacions de la Universitat Rovira I Virgili/ Associação Brasileira da Rede Unida, 2013; p.180.

<sup>374</sup>Ortiz T, Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía, *Dynamis*, 1996; 16: 113.

<sup>375</sup> Martínez, Pardo, op.cit., p.9-10.

<sup>376</sup> Ortiz, op.cit., 1996p.117.

<sup>377</sup> Ortiz, op.cit., 1999, p. 59.

<sup>378</sup> *Ibíd.*, p.59.

<sup>379</sup> Martínez, Pardo, op.cit., p.12-3.

<sup>380</sup> Ortiz, op.cit., 1996p.118.

<sup>381</sup> Valle, op.cit., p32-3.

<sup>382</sup> *Ibíd.*, p.33.



Durante la primera mitad del siglo XX la asistencia a los partos normales se realizaba en su mayoría en los domicilios y se encargaba de ello una matrona, la cual avisaba al médico en caso de complicaciones<sup>383</sup>. La matrona se establece como auxiliar del médico, de forma que si tenemos en cuenta el género, tanto la formación como los valores asociados a cada uno de ellos van a diferir, y se va a reproducir la subordinación femenina, en este caso como profesional a la masculina<sup>384</sup>. Como consecuencia de esta situación la mujer ha sido situada en una posición de opresión, donde como trabajadora de la sanidad ha sido relegada a posiciones secundarias, cuando como hemos visto la asistencia fue exclusiva durante muchos años de las mujeres y en segundo lugar la medicina ha colocado a la mujer en un papel pasivo, que se ha basado en las características fisiológicas de las mujeres<sup>385</sup>.

Marsden Wagner<sup>386</sup> se planteó la siguiente pregunta: *¿Por qué motivo es que la práctica de la partería atrae tanta hostilidad y críticas?* A la cual responde mostrando como las parteras o matronas se encuentran en el “mundo femenino” que ha existido desde siempre y es paralelo al mundo masculino, y considera que *“las parteras son mujeres fuertes e independientes en la comunidad, mujeres que son difíciles de controlar para los hombres y a quienes algunos incluso temen. Cada intento de terminar con la práctica de la partería ha fallado. Parece ser que siempre habrá mujeres que desean ser parteras y mujeres que desean tener parteras asistiéndoles cuando dan a luz”*. Las matronas desde el inicio de la historia han y están presentes en la vida de las mujeres para ayudarlas tanto durante el proceso de nacimiento como cualquier otro problema que repercuta en su salud sexual y reproductiva, por lo tanto son una figura importante dentro de la comunidad que debe ser potenciada.

### 3.2. MODELOS SANITARIOS EN EL SISTEMA SANITARIO DE SALUD.

Después de haber realizado un breve recorrido sobre la historia de la atención durante el embarazo, parto y puerperio, y conocer las figuras que se encontraban implicadas en la misma, en este apartado vamos a repasar la atención que reciben las mujeres, sus parejas y familia en la actualidad.

La experiencia de maternidad y paternidad es fundamental en la vida de la mujer y su pareja, y aunque es un proceso fisiológico, se acompaña de vulnerabilidad y fragilidad, por ello las mujeres han precisado de cuidados durante el proceso reproductivo<sup>387</sup>, y a pesar de que embarazo y parto son fenómenos universales, están moldeados por la cultura, de forma que se dan de modo diferente según la sociedad a la que se pertenece<sup>388</sup>.

Davis-Floyd<sup>389</sup> en sus estudios describe los tres paradigmas de atención de salud que influyen en la asistencia al parto y los cuales son el *modelo tecnocrático*, que se corresponde con aquel que separa el cuerpo de la mente y ve al cuerpo como una máquina, este es el que se ha

<sup>383</sup>Montes, Castells y Martorell, op.cit., p.182.

<sup>384</sup>Ibíd., p.182.

<sup>385</sup>Ehrenreich y English, op.cit., p.2.

<sup>386</sup>Wagner M, Global midwifery--traditional and official--and humanization of birth, *Midwifery Today*, 2007; 83:55-7.

<sup>387</sup>Goberna J, Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto”, *ENE. Revista de Enfermería*, 2012; 6(1).p.71.

<sup>388</sup>Blázquez, op.cit., 2005, p.2.

<sup>389</sup>Davis-Floyd R, The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2001; 75:5-23.

desarrollado en Occidente y se basa en el uso de la alta tecnología, y el sistema patriarcal, donde la mujer queda subordinada al poder del cuerpo médico. El siguiente modelo descrito es el *humanista*, donde existe una conexión entre la mente-cuerpo, en este modelo el cuerpo deja de ser una máquina para ser considerado un organismo, este modelo es sensible a los aspectos biopsicosociales que envuelven a la persona, este modelo ha surgido como reacción a los excesos médicos. El último modelo que describe es el *holístico*, el cual insiste en la unidad de cuerpo, mente y espíritu y define el cuerpo como un campo de energía en constante interacción con otros campos de energía, incluyen terapias alternativas como Reiki, Acupuntura, Homeopatía...

Analizando los diferentes modelos asistenciales contemporáneos nos encontramos con tres tipos de atención a la maternidad, el modelo altamente medicalizado, centrado en la “alta tecnología” que es controlada por el médico, y donde la matrona-ón y sus cuidados se encuentran marginados, este tipo de asistencia está siendo prestada en países como EEUU, Irlanda, Rusia, República Checa, Francia, Bélgica o Brasil urbano. En contraposición al anterior, encontramos el modelo asistencial con un enfoque humanizado, dónde las matronas-os poseen autonomía y se dan tasa de intervenciones más bajas, este tipo de asistencia se presta en países como Nueva Zelanda, Países Bajos y Países Escandinavos. Entre los dos anteriores, está un modelo asistencial que se constituye con la mezcla de ambos enfoques, y se está desarrollando en Gran Bretaña, Canadá, Alemania, Japón o Australia<sup>390</sup>.

En cuanto a la localización de la asistencia al parto en términos generales se distinguen tres tipos: hospital, con espacios dotados para atender situaciones complejas y espacios adecuados para una atención al parto normal, que pueden funcionar como unidades separadas; en segundo lugar, existe un tipo de localización separada del hospital, con la infraestructura necesaria para atender a las mujeres sin riesgos obstétricos; y en tercer lugar, la localización domiciliaria, en la que los profesionales se desplazan al domicilio de la mujer para atender el parto<sup>391</sup>.

En España desde que se trasladó la asistencia al parto del domicilio de la mujer al hospital nos encontramos con un modelo asistencial basado en la medicalización y la alta tecnología, pero en la actualidad este modelo es cuestionado desde la población, diferentes organizaciones y asociaciones, incluso por los profesionales; además, desde las instituciones, tanto a nivel nacional como autonómico, se han publicado estudios y documentos que instan tanto a los profesionales sanitarios como a las usuarias de los sistemas de salud hacia un modelo humanizado de la asistencia durante el proceso de nacimiento.

El Sistema Nacional de Salud se financia con los presupuestos generales del Estado, y existe una cartera de servicios para la atención al embarazo, parto y puerperio. La responsabilidad sobre la planificación territorial y la provisión de los servicios de salud corresponde a los gobiernos regionales, que en su mayoría se estructuran en dos niveles asistenciales: atención primaria y especializada. Existen seguros privados que son independientes del sistema público

---

<sup>390</sup>Wagner M, Fishcan'tseewater: theneedtohumanizebirth, International Journal of Gynecology&Obstetrics. 2001; 75.p.26.

<sup>391</sup>Escuriel R, Pueyo M, Biescas H, Espiga I, Colls C, Sanders M, et al., La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), Matronas Prof., 2014; 15(2).p.68.

y presentan una cobertura poblacional variable entre las distintas Comunidades Autónomas<sup>392</sup>. En cuanto a las unidades de maternidad hospitalarias se encuentran organizadas en equipos profesionales multidisciplinares. Estructuralmente se distingue entre dos tipos: secuenciales (salas de dilatación, paritorios y salas de recuperación) e integradas (todo en el mismo espacio); en los últimos años, los hospitales públicos están adecuando espacios integrados para la asistencia al parto natural. En España, el parto domiciliario no se encuentra dentro de la cartera de servicios públicos, aun así hay mujeres que eligen esta opción y en su mayoría son atendidas por matronas<sup>393</sup>.

El trabajo de parto es una función autónoma del sistema nervioso, y por lo tanto, fuera del contexto de control de la ciencia, en consecuencia se puede asistir el nacimiento desde el enfoque de trabajo junto a la mujer para facilitar sus propias respuestas autonómicas (parto humanizado) o se puede anular la biología y superponer un control externo mediante el uso de intervenciones (parto medicalizado), si se presta una atención medicalizada o humanizada va depender de si la mujer tiene o no el control absoluto sobre las decisiones durante el proceso de nacimiento<sup>394</sup>. En nuestro contexto cultural, el embarazo ha sido considerado una situación que puede generar riesgos y por ello se ha dejado en manos de expertos<sup>395</sup>.

En los siguientes apartados vamos a analizar ambos modelos asistenciales con la finalidad de conocer el tipo de asistencia que reciben las mujeres y sus parejas/familias, y así poder comprender las experiencias y percepciones que nos relataran los/as sujetos del estudio.

### **3.2.1. ATENCIÓN MEDICALIZADA O BIOMÉDICA.**

El sistema sanitario occidental se ha ido configurando a partir de un modelo médico particular: la biomedicina, donde se consideran los aspectos biológicos como realidades naturales e independientes de los sujetos, de sus historias y los contextos sociales, sin tener en cuenta los otros aspectos mencionados, donde la biología se entiende de una manera concreta y se considera la única capaz de determinar la salud y la enfermedad de las personas<sup>396</sup>. El sistema médico oficial hegemoniza el control sobre los conocimientos que se refieren al cuerpo, en este caso sobre el cuerpo femenino y su capacidad reproductiva, siendo intolerante a otras modalidades<sup>397398</sup>.

La medicalización se basa en tres pilares, donde se encuentra la redefinición de las percepciones de los profesionales sobre algunos procesos que los caracterizan de enfermedades, y por lo tanto, pueden estar sujetos a intervenciones médicas; en segundo lugar, aparece la consideración de la eficacia incontestada de la medicina científica y la bondad de todas sus aplicaciones, sin contar con el equilibrio entre los beneficios y los riesgos, y por último, y no por ello menos importante, se encuentra la marginación de cualquier modo alternativo que pueda ser usado para aliviar dolencias, a pesar de que este tipo de terapias se

---

<sup>392</sup> García S, Abadía MB, Durán A, Hernández C, Bernal E, Spain: HealthSystemReview. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. HealthSystem in Transition, 2010; 12(4).

<sup>393</sup> Escuriet et al, op.cit., p.66.

<sup>394</sup> Wagner, op.cit., p.26.

<sup>395</sup> Montes MJ, Martorell MA, Conti MJ, Tecnología médica en el embarazo. Usos y representaciones, *Perifèria*, 2009; 11.p.2.

<sup>396</sup> Blázquez, op.cit., 2009.

<sup>397</sup> Davis-Floyd, op.cit.

<sup>398</sup> García, Díaz, op.cit., p.3.

puedan encontrar probadas de forma empírica<sup>399</sup>. La medicalización ha supuesto un control social e ideológico sobre la población, a través fundamentalmente de la estigmatización y regulación de ciertos comportamientos y la negatividad asociada a determinados padecimientos, definen lo que es enfermedad y lo que no es, a quien se le puede llegar a asistir y las condiciones para ello<sup>400</sup>.

En la definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS) adopta en la Conferencia Sanitaria Internacional de 1946<sup>401</sup> sobre lo que se considera salud se incluye *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*, por ello, a pesar de que la biología tiene un papel central en la misma, no deja de lado el resto de aspectos que configuran la vida de una persona. En las sociedades donde la asistencia sanitaria se basa en un alto grado de medicalización y tecnificación, la definición de enfermedad cada vez más se encuentra ligada a la disponibilidad de las tecnologías, las cuales constituyen el conocimiento médico, establecen cuáles serán los signos y marcadores de las enfermedades<sup>402</sup>, de forma que a pesar de que una persona puede sentirse como sana, la tecnología puede decir lo contrario y clasificarla como enferma.

En la actualidad existe una medicalización de todos los aspectos de la vida, y entre los diferentes factores que han incidido en que se dé esta situación se encuentran los proveedores sanitarios, donde se incluye tanto a los profesionales que prestan la asistencia sanitaria, como a las empresas médico-farmacéuticas, las tendencias de la propia población (la cual se hace dependiente de la tecnología y los fármacos, dejando de confiar en sus cuerpos y las percepciones que tienen o lo que ellos sienten), los responsables de las políticas y gestión clínica, y los medios de comunicación; junto al beneficio que se espera de la medicalización, también está la ampliación del mercado y las nuevas puertas de desarrollo profesional<sup>403</sup>, lo que muestra los diferentes intereses en torno a que este modelo asistencial este presente.

Como es natural, el proceso de nacimiento no ha escapado a este sistema de medicalización dentro del Modelo Médico Hegemónico, que se caracteriza por las presunciones de “cientificidad”, que se encargan de describir lo que es enfermedad, su etiología, universalidad de las mismas, y la neutralidad de la teoría y práctica de la biomedicina<sup>404</sup>. La medicalización de las mujeres se ha llevado a cabo a través del control de procesos corporales y reproductivos<sup>405</sup>; a consecuencia de la medicalización se pierde las formas no médicas de afrontar las dificultades, las cuales son devaluadas, junto con la incapacidad de las personas para sentirse capaces por sí mismos de superar los problemas, siendo así dependientes de la medicina y los

---

<sup>399</sup> Márquez S, Meneu R, La medicalización de la vida y sus protagonistas, Gestión clínica y sanitaria, 2003; 5(2).p.47.

<sup>400</sup> Esteban ML, El Género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud, Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, 2003; 3(1).p.27.

<sup>401</sup>La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of theWorldHealthOrganization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

<sup>402</sup> Márquez, Meneu, op.cit., p.48.

<sup>403</sup> Márquez, Meneu, op.cit., p.49.

<sup>404</sup> Martínez A, Antropología de la salud, una aproximación genealógica. En: Ensayos de antropología cultural, Ariel: Barcelona, Joan Prat, Angel Martínez (Eds.). 1996. Pp: 374-5.

<sup>405</sup> Esteban, op.cit., 2003 A, p.27-28.

servicios sanitarios, los cuales necesitan cada vez más recursos para dar respuesta a las demandas que surgen<sup>406</sup>. Los avances y el progreso en la obstetricia se encuentra ligado al uso de nuevas tecnologías<sup>407</sup>, y este desarrollo científico-técnico se ha traducido en una medicalización del embarazo y parto<sup>408</sup>; pero en ocasiones la mayor formación y capacitación en aspectos técnicos a veces va en detrimento de la asistencia personalizada del parto y de los cuidados emocionales durante este proceso<sup>409</sup>, como refiere Josefina Goberna<sup>410</sup>:

*“(...) el uso de las modernas técnicas obstétricas se ha extendido de forma inseparable a un proceso de alienación impuesto a las mujeres, en el que han perdido el control de sus propios cuerpos, que se han convertido en objetos de la práctica médica”.*

Durante la década de los años 60 se produce el desplazamiento de la atención sanitaria que se presta a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio desde el ámbito privado de sus domicilios al público hospitalario, de forma que pasan a ser procesos asistibles, como ya se ha analizado en el anterior apartado. Este cambio en el cual el parto se produce en el hospital con médicos, máquinas y drogas, donde se margina a las matronas-os, que hasta el momento eran las que asistían a las mujeres en sus domicilios, con las que mantenían una estrecha relación, puesto que su presencia era la única forma de control disponible<sup>411</sup>, y se deja a la mujer y su familia sin un rol, este cambio se da sin ningún dato científico que lo justifique<sup>412</sup>; sin embargo, en este momento el acceso a la asistencia hospitalaria favorece la idea de que la mejor atención que se puede recibir durante el parto pasa por ser aquella que se basa en el sistema biomédico, cuyo objetivo era disminuir la mortalidad materna y perinatal, donde el personal médico especializado establecen cuales son las intervenciones necesarias para disminuir los riesgos<sup>413</sup>. En este contexto, se va imponiendo un dominio médico del proceso que lleva aparejada la desposesión de la mujer de su propio cuerpo<sup>414</sup>. Aceptar estas premisas lleva aparejado entender que el parto es un proceso que conlleva riesgo, ya que puede producir la muerte tanto materna como del feto.

Los procesos relacionados con el nacimiento se convierten de forma progresiva en un acto con interés social que adquiere un importante valor político y económico, el cual se debe controlar. El lugar de nacimiento y sus participantes han cambiado, se introducen nuevas formas de nombrarlo y representarlo<sup>415</sup>. Como refiere Foucault<sup>416</sup>, la reproducción es objeto de intervención médica, aunque *“ni para el sujeto ni para el médico, constituye una enfermedad”*. El parto se convierte en el ejemplo paradigmático de la actividad medicalizadora, donde un proceso fisiológico pasa a ser considerado por la medicina moderna un problema de salud que

---

<sup>406</sup> Márquez, Meneu, op.cit., p.52.

<sup>407</sup> Goberna et al, op.cit., p.6.

<sup>408</sup> Escuriet et al., op.cit., p.63.

<sup>409</sup> Vivanco, op.cit., p.276.

<sup>410</sup> Goberna, op.cit., p.72.

<sup>411</sup> Vivanco, op.cit., p. 276-7.

<sup>412</sup> Wagner, op.cit.

<sup>413</sup> Blázquez, op.cit. 2009, p.41-2.

<sup>414</sup> Biurrun y Goberna, op.cit., p.63.

<sup>415</sup> García, Díaz, op.cit., p.2.

<sup>416</sup> Foucault M, La vida de los Hombres Infames, Caronte Ensayos, Editorial Altamira, Buenos Aires, 1996.p.76.

requiere soluciones que pasan por intervenciones médicas insertadas en el ya nombrado Modelo Médico Hegemónico<sup>417</sup>.

Los defensores de este modelo biomédico de asistencia sanitaria al embarazo, parto y puerperio basan sus argumentos en relacionar el parto hospitalario con el descenso de la morbimortalidad materna e infantil<sup>418,419</sup>, pero a pesar de que es cierto, no se han tenido en cuenta otros hechos que también han sido importantes como las condiciones nutricionales y de salud de las mujeres, las condiciones higiénicas de los partos o el nivel de instrucción de las mujeres<sup>420</sup>; además existen épocas donde la asistencia en los hospitales no se asocia al descenso de las tasa de mortalidad materna y perinatal<sup>421</sup>, incluso en los países industrializados el ligero descenso de la mortalidad neonatal se asocia a los cuidados neonatales intensivos y no a la atención obstétrica<sup>422</sup>. Además, a pesar de los beneficios y los avances tecnológicos y científicos en la asistencia al parto de alto riesgo, estos en ocasiones determinan daños en el desarrollo del parto fisiológico y el aumento de intervenciones innecesarias con un aumento de la probabilidad de distocias<sup>423</sup>. Toda esta tecnología no ha promovido la autonomía de las mujeres, al contrario, las mujeres embarazadas cada vez dependen más de los resultados que los expertos le dan tras el uso de la tecnología para interpretar sus propias vivencias, de modo que el resultado de esto es *“la expropiación de los saberes maternos”*<sup>424</sup>.

Este Modelo Médico Hegemónico de asistencia es el más común en Occidente, en el cual no existen diferencias ni entre mujeres y hombres, ni tampoco individuales, se aplican los mismos tratamientos, los mismos protocolos sin variaciones; en resumen, como nos indica M<sup>a</sup> Luz Blázquez<sup>425</sup>:

*“(…) lo habitual en el ámbito de la biomedicina ha sido repetir las mismas pautas a toda la población, invisibilizar las diferencias y homogeneizar al grupo que se atiende, por ejemplo hablando en singular de “la mujer” frente a “las mujeres”.*

Con este tipo de prácticas solo se da importancia a la biología de la persona, la cual se considera idéntica a los demás, no se tienen en cuenta la posibilidad de que otros factores como pueden ser los sociales, culturales, psicológicos e incluso políticos puedan influir en los procesos de salud o enfermedad de las personas. Como consecuencia se estandariza la atención y se subordinan las necesidades individuales en favor de las prácticas rutinarias individualizadas, se produce la separación entre la mente y el cuerpo, donde este se va a considerar una máquina, siendo el cuerpo femenino una máquina defectuosa, bajo la influencia de la naturaleza, que necesita manipulación<sup>426</sup>.

---

<sup>417</sup> García, Díaz, Acosta, op. cit., 2013.p.719.

<sup>418</sup> Blázquez, op.cit., 2009.p.42.

<sup>419</sup> García y Díaz, op.cit., p.3-4.

<sup>420</sup> Montes, op.cit., p.117.

<sup>421</sup> Blázquez, op.cit., 2009.p.42.

<sup>422</sup> Mardsen Wagner era doctor y director del Programa Materno Infantil de la región Europea de la OMS. Wagner, op.cit., p.27.

<sup>423</sup> Seivert SL, Gomes ML, Vargens OM, Assistênciapré-natal da casa de parto do rio de janeiro: a visão de suasusuárias, Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2008; 12 (4).p.759.

<sup>424</sup> Montes, Martorell, conti, op.cit.

<sup>425</sup> Blázquez, op.cit., 2009.p.106-7.

<sup>426</sup> Davis-Floyd, op.cit.

Otro aspecto que es criticado de la biomedicina es que está basada en una visión androcéntrica y sexista hegemónica, se da en un contexto de relaciones de género desiguales, las cuales refuerza y consolida, llegando a situar a la mujer en una posición de dependencia y subordinación, donde se controla su salud,<sup>427</sup> y el cuerpo femenino es defectuoso en relación con el masculino, ideología derivada de las sociedades industrializadas occidentales basadas en el orden patriarcal<sup>428</sup>. Este modelo se basa en el uso de la tecnología como elemento de poder y dominio, y ha contribuido a considerar a la mujer en trabajo de parto en un sujeto pasivo y no en sujeto de derechos<sup>429430431</sup>. Las instituciones sanitarias son uno de los agentes que ha ejercido control sobre la vida de las mujeres mediante la asistencia a sus procesos de salud, en el cual se reproducen las relaciones de poder, en este caso concreto es entre el profesional de la salud y la mujer, y la expropiación de los conocimientos y las experiencias propias de las mujeres que está unido al desplazamiento de la matrona en beneficio de la ginecología durante la asistencia obstétrica<sup>432</sup>. El médico es quien ostenta la autoridad, la cual se establece con el uso de jerga técnica que el paciente no comprende, reteniendo parte de la información, con sus títulos incluso con la indumentaria (bata blanca), en el caso concreto del parto, esta relación de poder se ve reflejada en el uso de la posición de litotomía, la cual se ha demostrado científicamente que no aporta beneficios sino complicaciones, pero que se sigue usando puesto que es más cómoda para la persona que atiende el parto<sup>433</sup>.

La obstetricia en Occidente se encuentra basada en este modelo tecnocrático que estamos describiendo, donde la ciencia, alta tecnología, productividad económica y el gobierno de instituciones androcéntricas, se encuentra por encima de la propia mujer a la que se asiste, como ejemplo de esto es la importancia que se dan a los resultados de ecografías o analíticas, que es lo que se considera real, frente a la práctica tradicional, que se basa en la clínica, la observación del paciente y la entrevista<sup>434</sup>, donde los datos se obtiene de la persona y no de la tecnología.

Compartimos la opinión de Montes, Martorell y Conti<sup>435</sup> cuando refieren que la consecuencia de estas prácticas es el aumento del poder médico y la dependencia de la mujer hacia él. El modelo tecnocrático devalúa las vivencias y juicios de las embarazadas sobre su propio estado, las cuales son descartados por los criterios “científicos” de los profesionales sanitarios, esto lleva a la mujer a vivir sus embarazos a partir de las percepciones de la persona que le asiste<sup>436</sup>. Como refiere Davis-Floyd<sup>437</sup> se produce “*un trabajo de afuera hacia adentro*”, la información con valor proviene de la tecnología, el paciente se convierte en un “cyborg”, que es más que la fusión del organismo con la máquina que interpreta lo que sucede, en el ámbito de la reproducción se da esta situación con el uso de la ecografía, la monitorización electrónica fetal...

---

<sup>427</sup> Blázquez, op.cit., 2009, p.89,-101.

<sup>428</sup> Davis-Floyd, op.cit.

<sup>429</sup> Ibíd.

<sup>430</sup> Carnaval et el.,op.cit., p.33.

<sup>431</sup> García, Díaz, Acosta, op.cit., 2013.p.719.

<sup>432</sup> Blázquez,op.cit., 2009.p.90-1.

<sup>433</sup> Davis-Floyd, op.cit.

<sup>434</sup> Blázquez,op.cit., 2009.p.109-10.

<sup>435</sup> Montes, Martorell, Conti, op.cit.

<sup>436</sup> García, Díaz, op.cit.4.

<sup>437</sup> Davis-Floyd, op.cit.

Como muestra Nancy Stoller<sup>438</sup> en un estudio que realiza en EEUU existen una serie de elementos en torno a la atención del parto que permiten el control biomédico, entre estos elementos esta la medicalización que conlleva la hegemonía del modelo biomédico en atención al embarazo, parto y puerperio; la institucionalización de la atención en centros hospitalarios que permiten la vigilancia del cuerpo de las mujeres; la fragmentación y especialización del cuidado con rutinas basadas en el uso de protocolos y pruebas; la legitimación de la tecnología por encima de todo y el uso del poder del estatus médico para que las mujeres acepten y admitan sus decisiones. Por lo tanto, coincidimos con Blázquez<sup>439</sup>, cuando enumera los tres niveles que concretan el control del embarazo, parto y puerperio entre los que se encuentran el seguimiento y la atención de todo el proceso en los centros sanitarios, el uso de las diferentes pruebas y procedimientos médicos, y la integración de todos estos procedimientos en protocolos. Mediante el ejercicio de poder y la autoridad por parte de los profesionales sanitarios se pretende que la mujer centre el cuidado en sus fetos, de forma que cumpla con todos los consejos médicos, aunque no los comprendan o no estén de acuerdo, y dejen a los profesionales actuar<sup>440</sup>, puesto que ellos son los que poseen “los conocimientos” y no las mujeres, las cuales se piensan carentes de los saberes necesarios para ejercer el autocuidado.

En el parto hospitalario se evidencian las relaciones de poder, los profesionales de la salud son los que toman las decisiones y la mujer simplemente acatan las órdenes, se controla desde cuando y como será el parto, quién y cuándo puede tener contacto con la madre y el recién nacido hasta como debe ser el comportamiento de las personas involucradas en el proceso<sup>441</sup>, dando lugar a las relaciones desiguales que ya hemos nombrado con anterioridad, derivado de este tipo de asistencia los sentimientos y las experiencias individuales de las mujeres en proceso de parto son obviadas<sup>442</sup>. La asistencia sanitaria al proceso de nacimiento durante mucho tiempo ha dado importancia a la técnica y capacitación de los profesionales y se ha olvidado de los factores psicológicos que envuelven a todas las personas que están involucradas en el proceso del nacimiento (desde las futuras madres y los padres, el recién nacido, la familia y los profesionales sanitarios), tener en cuenta estos factores repercute en la satisfacción de todos los implicados, los cuales podrán responder a las demandas de las mujeres y sus parejas<sup>443</sup>.

Al enmarcar la asistencia obstétrica en este contexto la mujer y su familia pierden el protagonismo durante la asistencia; los profesionales que defienden este tipo de modelo se justifican en el posible riesgo derivado del proceso de nacimiento, de modo que por una lado se considera la biología lo más importante, y no se hacen excepciones individuales teniendo en cuenta el resto de factores que pueden verse vinculados al buen desarrollo del proceso, y por otro lado, aunque el proceso de embarazo, parto y puerperio son fisiológicos, se cree que

---

<sup>438</sup>Stoller N, *Forced labor: maternity care in the United States*. Oxford: Pergamon studies in critical sociology, 1974.p.134-42.Citado en Blázquez MI, *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*, Tesis Doctoral, Universitat Rovira I Virgili, 2009.

<sup>439</sup> Blázquez, op.cit., 2009, p.258.

<sup>440</sup> *Ibíd.*, p.307.

<sup>441</sup>Souza, Gaíva, *Modes*, op.cit., p.480.

<sup>442</sup> Carnaval et al., op.cit., p.40.

<sup>443</sup> Fernández O, *La atención sanitaria en el embarazo y en el parto: la opinión de los profesionales*, *Mujeres y Salud*, 2005; 16:17.



todas las mujeres son susceptibles de sufrir riesgos durante dicho proceso, de manera que el propio cuerpo parece perder su capacidad de buen funcionamiento sino es bajo la mirada atenta de la medicina.

En el momento que se separa a la mujer de sus percepciones, sentimientos o experiencias individuales, se ve la reproducción como una forma de producción, donde la mujer es la máquina que produce el producto, que es el feto, y los profesionales sanitarios son los supervisores del proceso de producción, esto es lo que se conoce como la metáfora del *cuerpo-como-máquina*<sup>444</sup>, este enfoque productivista parte de la centralidad en el producto, el feto, que es el objetivo principal, y se va a situar por encima de la mujer<sup>445</sup>, dando también mucha importancia al coste económico de dicho proceso.

Son numerosas las intervenciones que se incluyen en la asistencia medicalizada al proceso de nacimiento que se han criticado y han sido revisadas mediante estudios científicos que avalan o no su práctica. Se ha visto que una medicalización excesiva del parto puede tener consecuencias negativas en las vivencias de la mujer, puesto que este tipo de intervenciones pueden determinar la salud de la mujer<sup>446</sup>. En concreto, la OMS mediante la Declaración de Fortaleza (1985) ha establecido una serie de recomendaciones para eliminar aquellas prácticas que se ha demostrado que no aportan ningún beneficio durante la asistencia al proceso de nacimiento, y sin embargo, este tipo de prácticas se encuentran muy generalizadas en el modelo asistencial medicalizado.

No se trata de hacer un estudio exhaustivo sobre las diferentes prácticas que se han criticado en la asistencia hospitalaria al parto, pero si vamos a hacer un breve repaso de aquellas que son más destacadas y las cuales son o no avaladas por los estudios. Durante más de 20 años la mayoría de los procedimientos obstétricos de rutina han tenido poca o ninguna evidencia científica<sup>447</sup>, y sin embargo, se realizaban sin cuestionar los posibles riesgos/beneficios. Entre las diferentes las intervenciones al parto hospitalario que se han estudiado cabe destacar el reemplazo de: las matronas por médicos en los embarazos y partos de bajo riesgo, del lugar de nacimiento de la casa al hospital, de la posición vertical durante el expulsivo a la posición de litotomía, de la lactancia materna por la artificial, examen del recién nacido en los primeros 20 minutos, no permitir el acompañamiento de la familia o cohabitación, los estudios muestran todas estas prácticas que se habían modificado cuando se trasladó el parto al hospital eran más seguras como se realizaban antes<sup>448</sup>, y destaca entre todas como la práctica más deshumanizadora el uso de la cesárea sin justificación médica; en los países desarrollados, esta práctica supera con creces el margen recomendado por la OMS entre un 10-15%, y su aumento no disminuye las tasa de morbilidad perinatal<sup>449</sup>.

Desde la década de 1980 surge el movimiento para humanizar el nacimiento y se comienzan a cuestionar las prácticas asociadas al parto hospitalario por parte de las parturientas y profesionales, reivindicando el empoderamiento de la mujer<sup>450451452453454</sup> y como alternativa al

---

<sup>444</sup> Davis-Floyd, op.cit.

<sup>445</sup>Blázquez, op.cit., 2009.p.118.

<sup>446</sup>García, Díaz, Acosta, op.cit., 2013.p.719-20.

<sup>447</sup>Davis-Floyd, op.cit.

<sup>448</sup> Wagner, op.cit., p.29.

<sup>449</sup> Ibíd., p.30.

<sup>450</sup>Biurru, goberna, op.cit., p.63.

<sup>451</sup> Wagner, op.cit.

parto medicalizado que se encuentra dentro del modelo biomédico se ha desarrollado lo que se conoce como parto humanizado o respetado, el cual será analizado en el próximo apartado.

Pero también encontramos estudios<sup>455</sup> que nos muestran que la tecnología también es percibida por parte de las mujeres como una fuente de seguridad e incluso de satisfacción, el ejemplo que más lo puede ilustrar es la ecografía, la cual les llega a proporcionar tranquilidad, y se ha convertido en un bien de consumo por parte de las embarazadas, llegando a acudir a consultas privadas entre las visitas que marcan los protocolos asistenciales oficiales puesto que les parecen pocas ecografías las que les realizan. La dependencia que desarrollan es tal dejan de confiar en su capacidad de autopercepción de movimientos fetales y necesitan las imágenes que les confirmen el bienestar fetal. En nuestra sociedad la concepción del cuerpo se encuentra vinculado a la medicina, donde la tecnología se ha “encarnado” en el cuerpo hasta el punto de que sus controles nos muestran el estado tanto de la mujer como el feto, sin considerar los diferentes síntomas que pueden experimentar las mujeres<sup>456</sup>.

Una investigación realizada por la Agencia Nacional de Salud (ANS) de Brasil donde las tasa de cesáreas en el año 2006 alcanzan el 80,72%, un porcentaje que se sitúa muy por encima del 15% recomendado por la OMS nos muestra la importancia del poder que ejerce el cuerpo médico sobre las mujeres. En el estudio se refiere que al inicio del embarazo las mujeres desean un parto natural, pero *“el mito del parto dolorido y traumático versus la tecnología punta con médicos competentes y un hospital seguro, atribuido al parto natural y la cesárea, respectivamente, tiene una presencia muy fuerte. Ese mito proviene o se concreta, con la actuación de los medios de comunicación”*<sup>457</sup>. Incluso la formación de los médicos incentiva el uso de la cesárea: menos trabajosa y más rápida que el parto natural, implicando también una cuestión económica para el médico<sup>458</sup>. Aunque la situación en España no es idéntica, resulta importante destacar el papel que tienen los profesionales sanitarios en el empoderamiento de las mujeres, puesto que estos influyen directamente en las decisiones de las mujeres, utilizando argumentos científicos o dejando de dar toda la información disponible.

Hasta no hace muchas décadas se daba la convivencia de varias generaciones bajo el mismo techo, de forma que compartían las experiencias y los conocimientos en torno al proceso de nacimiento, por lo que no era necesario acudir a la educación para el parto y la paternidad. Pero a medida que se ha reducido estos métodos tradicionales de adquisición de conocimientos se han ido imponiendo los programas de preparación para la maternidad, con el objetivo de cubrir esta necesidad de conocimientos. Lo que ocurre es que estos programas no se han basado en las necesidades expresadas por las personas a las que van dirigidos, sino

---

<sup>452</sup>Goberna et al., op.cit., p.6.

<sup>453</sup>Goberna, op.cit., 2012.p.72.

<sup>454</sup>Thompson R, Miller Y, Birth control: to what extent do women report being informed and involved in decisions about pregnancy and birth procedures?, BMC Pregnancy and Childbirth, 2014; 14:62.

<sup>455</sup>Goberna et al., op.cit.

<sup>456</sup>Montes MJ, Martorell MA, Jiménez MF, Verdura T, Burjalés D, Representaciones del cuerpo en el embarazo. Experiencias de las mujeres, Matronas Prof., 2009; 10 (3).p.9.

<sup>457</sup>Pereira R, Franco SC, Baldin N, El dolor y el protagonismo de la mujer en el parto. Revista Brasileira de Anestesiologia, 2011; 61(3).p.205.

<sup>458</sup>Ibíd, p.205.

en los mensajes que los educadores consideran que deben compartir<sup>459</sup>, y que responden a los comportamientos que se espera que tengan la mujer y su familia en cada momento del proceso asistencial.

En el puerperio, también se pueden observar diferentes prácticas basadas en la medicalización, en concreto en relación con la lactancia materna, donde los profesionales sanitarios son los que deciden el momento de la primera toma, el número de tomas diarias, su duración, el intervalo, la introducción de lactancia artificial u otros alimentos<sup>460</sup>.

### 3.2.2. ATENCIÓN HUMANIZADA

Frente a la visión del proceso de embarazo, parto y puerperio como un proceso de riesgo y por lo tanto, susceptibles de convertirse en una patología, se encuentra el enfoque fisiológico, donde la gestación y el parto son consideradas funciones del cuerpo, como procesos normales para los cuerpos femeninos, y no son considerados ni enfermedades ni problemas de salud, como ha sucedido a lo largo de la historia de la humanidad, donde se producían los partos sin precisar control biomédico<sup>461</sup>, de hecho como refiere Wagner<sup>462</sup>:

*“Hasta hace 200 años toda la atención del nacimiento en el mundo era humanizada ya que era brindada por parteras que mantenían a la mujer en el centro, y en general, respetaban la naturaleza y la cultura”.*

La atención al nacimiento se encontraba enmarcada en la esfera femenina, y en esta se solía mantener una actitud expectante y no intervenida<sup>463</sup>. En la actualidad, a consecuencia del exceso de la medicalización que se ejerce durante la asistencia al parto hospitalario en las últimas décadas han surgido una serie de reivindicaciones, las cuales han sido y son defendidas por las mujeres, asociaciones, organizaciones e incluso profesionales sanitarios, que defienden y desean humanizar la tecnología<sup>464</sup>. Ahora la mujer requiere preparación previa para el proceso de parto, que a pesar de ser considerado normal, debido a la cultura durante la historia del nacimiento se deja a la mujer en un caso de duda en cuanto a su capacidad de dar a luz. La mujer ahora tiene que ser animada para protagonizar su parto<sup>465</sup>. En los últimos años las políticas de salud, la legislación, guías clínicas y normas de profesionales en diferentes países de occidentales han hecho hincapié cada vez más en promocionar la participación del paciente en la toma de decisiones, junto con la disposición de una información completa, lo cual es particularmente evidente en el caso de la atención a la maternidad<sup>466</sup>.

---

<sup>459</sup>Gagnon A, Sandall J, Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both”. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD002869. DOI: 10.1002/14651858.CD002869.pub2. p.2.

<sup>460</sup> Blázquez, op.cit., 2005.p.7.

<sup>461</sup> Blázquez, op.cit., 2009.,p.126-7.

<sup>462</sup>Wagner, op.cit., 2007.

<sup>463</sup>Goberna, Palacio, Banús, Linares, Salas, .op.cit., p. 6.

<sup>464</sup> René E, Díaz I, Repercusión perinatológica del trabajo de parto con apoyo familiar, Medisan, 2005;9(2).

<sup>465</sup> Blázquez, op.cit., 2009.p.131.

<sup>466</sup> Davis-Floyd, op.cit.

<sup>467</sup>Seivert, Gomes, Vargens, op.cit., p.759.

<sup>468</sup> Thompson, Miller, op.cit.p.1.

A nivel internacional en Abril de 1985, la Oficina Regional Europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud y la Oficina Regional de la OMS para las Américas organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto que tuvo lugar en Fortaleza (Brasil) y donde asistieron diversos participantes que incluían desde comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. Durante esta conferencia se realizó una cuidadosa revisión de los conocimientos sobre la tecnología para el parto lo que llevó a la adopción unánime de lo que se conoce como "Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento o Declaración Fortaleza". La OMS cree que estas recomendaciones son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo y refiere que:

*"Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los "embarazos de bajo riesgo" pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado. Para que las siguientes recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales".*<sup>469</sup>

En la Declaración de Fortaleza se establecen unas recomendaciones generales que resumen como pretender redirigir la asistencia al nacimiento, a pesar del transcurso del tiempo desde que se establecieron aún siguen estando vigentes y aún no se han alcanzado. Entre las recomendaciones insta a los Ministerios de Salud de los países para que se involucren y dicten normas específicas en relación con la asistencia al parto, se realicen investigaciones a todos los niveles, se dé acceso a la Atención Primaria, se informe a la comunidad, mujer y familia para que sean capaces de ejercer el autocuidado, se fomenten los grupos de autoayuda, los profesionales sanitarios tengan una filosofía de trabajo en común donde se produzca una continuidad de cuidados y los sistemas tradicionales de atención perinatal (parteras) coexistan con el sistema de salud oficial. En relación con la formación de los profesionales se pretende que adquieran nuevos conocimientos sobre técnicas de comunicación, aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto. Se debe evaluar la tecnología, y los hospitales deben dar información acerca de las prácticas realizan y de la tasa de cesáreas para que esté al alcance del público general. También se nombran recomendaciones específicas en relación directa con las actividades asistenciales: uso de monitorización cardiaca fetal, enema, rasurado, inicio lactancia materna, posición parto, uso episiotomía, uso analgesia/anestesia, tasa inducciones, uso amniotomía, parto vaginal tras cesárea, no separación recién nacido-madre.

En consonancia con las anteriores declaraciones en la Conferencia Internacional sobre la Humanización del parto que tuvo lugar en Fortaleza, en el año 2000, se redactó lo que se conoce como la Declaración de Ceará sobre la Humanización del Parto<sup>470</sup> donde se refiere que:

---

<sup>469</sup>Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto, Organización Mundial de la Salud Lancet, 1985; 2:436-7.

<sup>470</sup>Declaración de Ceará en torno a la humanización. Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto se celebró del 2 al 4 de noviembre de 2000 en Fortaleza, Ceará, Brasil. 2000.

*“El concepto de humanización designará a un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzado hacia la auto-transformación y hacia el entendimiento del espíritu esencial de la vida. La humanización busca, de igual modo, el desarrollo de un sentido de compasión hacia, y en unión: con el Universo, el Espíritu y la Naturaleza; con otras personas de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global; y con personas que nos sucederán futuro, así como con quienes nos han precedido. La humanización es indiscutiblemente un medio trascendental para alentar y encaminar el poder de individuos y grupos hacia el desarrollo de sociedades sustentables y el goce pleno de la vida”.*

Teniendo en cuenta la anterior definición se deduce que este concepto se puede aplicar a cualquier ámbito en el que se encuentren involucradas las personas, donde se incluye el parto y nacimiento, los enfermos en etapa terminales, ancianos, impedidos, salud y enfermedad, educación, ambiente, economía, política, cultura, y pobreza; por tanto, se puede emplear en cualquier ámbito de la vida de los seres humanos, tanto biológicos, como social y cultural<sup>471</sup>. Se encuentra vinculado a la cuestión de los Derechos Humanos, con las ideas centrales de la dignidad y el respeto de la vida humana, y a la ética entre los usuarios y los profesionales<sup>472</sup>.

Por lo tanto y como refiere la Declaración de Ceará<sup>473</sup>: *“El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras”.*

En 1993 se publicó en Reino Unido el Informe ChangingChildbirth<sup>474</sup> en el que se potencia una asistencia más respetuosa con la fisiología del parto, centrada en la mujer, la cual debe ser la que tome las decisiones, ejerciendo autonomía y control. En el informe se replantea la asistencia al parto debido al “descontento de los ciudadanos”, las mujeres británicas se organizaron para solicitar el cambio. El informe consta de dos libros con recomendaciones, en el primero se destaca la búsqueda de satisfacción de la usuaria, que el servicio asistencial sea personalizado, y reciban la información correcta que les permita decidir. También consideran potenciar la figura de la comadrona como especialista en el parto normal. Cuestionan aquellas prácticas que no están demostradas y llegan a la conclusión de que la asistencia estaba mal diseñada puesto que se basaba en un modelo de paciente enfermo y no sano, como lo son las mujeres embarazadas. En la segunda parte resaltan la importancia que tiene la comunicación, tanto entre los profesionales sanitarios, como entre estos y las mujeres<sup>475</sup>.

La humanización del parto implica que el control de todo el proceso lo tenga la mujer y no los profesionales sanitarios<sup>476</sup>, los cuales deben tener una actitud respetuosa y cuidadosa, tanto

<sup>471</sup> Declaración de Ceará, op.cit.

<sup>472</sup> Mota MF, Lorenzini A, Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências, Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, 2010; 10 (3).p.362-3.

<sup>473</sup> Declaración de Ceará, op.cit.

<sup>474</sup> Informe también conocido como Cumberlege, ya que es el apellido de la subsecretaria de Estado para la Salud que encabezó y promovió los cambios asistenciales.

<sup>475</sup> Vidal C, El Informe Cumberlege: cambiando el parto, Mujer y Salud, 2003, Dossier 11.

<sup>476</sup> Wagner, op.cit., p.25.

con calidad como con calidez y todo esto se debe extender a la pareja y familia, que también son protagonistas del proceso, dando mucha importancia al acompañamiento de la mujer durante todo el proceso, por el apoyo afectivo-emocional que proporciona, puesto que está demostrado que mejora la fisiología del parto, aumentando la sensación de control y competencia de la mujer lo que reduce la necesidad de intervenciones médicas<sup>477478479</sup>. Este modelo refiere que existe una conexión entre la mente y el cuerpo, de forma que si no se abordan los componentes psicológicos no se podrán tratar los síntomas físicos, en particular esta idea tiene importantes implicaciones en el parto, donde las emociones de la mujer pueden afectar al trabajo de parto<sup>480</sup>; y el foco de los servicios de maternidad debe ser la Atención Primaria a nivel comunitario, y no la Atención Terciaria centrada en el hospital, incluyendo parteras o matronas (tradicionales y oficiales), enfermeras y médicos trabajando juntos como iguales<sup>481</sup>. Se debe comprender que el parto es una experiencia humana, donde el profesional debe respetar la fisiología del parto y no intervenir innecesariamente, esto implica un cambio de actitudes y rutinas<sup>482</sup>.

En España en el año 2006 el Informe del Defensor del Pueblo<sup>483</sup> recoge las quejas en relación con la asistencia al parto y donde se dice lo siguiente:

*“...la asistencia al parto, en la mayoría de los centros hospitalarios del Sistema Nacional de Salud, está muy tecnificada y medicalizada, con escaso protagonismo de la mujer y su pareja. A este respecto, conviene recordar que un significativo número de personas demanda la utilización de procedimientos naturales y sin aplicación de medios técnicos, de no ser ello necesario, en los momentos de dilatación y parto, en línea con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el nacimiento (Conferencia Internacional de Fortaleza, 1985). En definitiva, se trataría de respetar la progresión natural del parto cuando se presenta de forma espontánea y sin factores de riesgo. Ello con independencia de respetar la voluntad de aquellas madres que deseen que el parto se «dirija médicamente» para evitar el dolor y de aquellos supuestos en los que existan riesgos que exijan un control más continuado y tecnificado”.*

Este informe es otra de las muestras del descontento existente en torno a la asistencia que las mujeres y sus parejas/familia reciben durante el proceso asistencial.

En el año 2007 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud presenta en España lo que se conoce como Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo y que responde a una demanda social, profesional y de las administraciones sanitarias autonómicas. La estrategia se realizó con la participación del Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud, junto con asociaciones de mujeres y sociedades profesionales y con las administraciones sanitarias

<sup>477</sup> García, Díaz, op.cit., p.5.

<sup>478</sup> René, Díaz, op.cit., p.1.

<sup>479</sup> Hodnett E, Gates S, Hofmeyr J, Sakala C, Continuoussupportforwomenduringchildbirth. Cochrane Database of SystematicReviews 2013,p.2.Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.

<sup>480</sup> Davis- Floyd, op.cit.

<sup>481</sup> Wagner, op.cit.

<sup>482</sup> Souza, Gaíva y Modes, op.cit., p.480.

<sup>483</sup> Defensor del Pueblo. España. Informe anual 2006.p.431.

autónomas vinculadas a la atención sanitaria al proceso del embarazo, parto y puerperio. En este documento se revisa la evidencia científica disponible en la atención al parto y se aporta información valiosa para la actualización de algunas de las prácticas actuales hacia otras más basadas en el conocimiento. Fundamentalmente en lo que se refiere a la eliminación de algunas prácticas innecesarias, y a la incorporación de nuevas alternativas a las ya existentes. De la revisión de buenas prácticas referidas por la literatura internacional, se destaca la importancia de promover la participación informada de las mujeres en todo el proceso y en la toma de decisiones sobre las prácticas clínicas que se le apliquen. Esto mejora la salud integral de las mujeres, la relación entre profesionales y usuarias, la satisfacción en general, y disminuye las acciones judiciales emprendidas con motivo o sospecha de mala práctica. El objetivo último es asegurar una atención de calidad al parto en todo el territorio español, de manera que todas las mujeres y sus parejas que acudan en esos momentos fundamentales de sus vidas al Sistema Nacional de Salud, reciban la mejor atención y participen activa e informada en el proceso. Se reconoce que los sistemas sanitarios han sido dotados con tecnologías que garantizan una adecuada asistencia al parto, pero a la vez el parto normal se ha visto afectado por una fuerte medicalización, que existe una gran variabilidad de atención hacia el mismo proceso, las mujeres reclaman participación en la toma de decisiones y las sociedades profesionales revisan sus protocolos<sup>484</sup>.

En definitiva, el objetivo del documento es centrar la atención del parto como un proceso fisiológico, donde solo se intervenga para corregir los desvíos de la normalidad, favoreciendo un clima de confianza, seguridad e intimidad, con respeto de la privacidad, dignidad y confidencialidad de la mujer. Se habla del “Plan de parto”, como el documento donde la mujer manifestará sus decisiones en relación a la asistencia que desean recibir<sup>485</sup>.

Para que la atención al parto sea considerada como humanizada como señala Davis-Floyd<sup>486</sup> el cuerpo se debe considerar como un organismo, y la mujer no como una máquina o un contenedor para hacer bebés, sino como un ser humano<sup>487</sup>, que responde emocionalmente a las interacciones con los demás y los cambios de su entorno. La atención proporcionada debe ser considerada, compasiva, amable, empática y respetuosa, en definitiva, tratar a las personas como cualquier ser humano desearía ser tratado, donde es importante que la mujer sea informada de todas las opciones disponibles, de los riesgos y beneficios, para que sea capaz de tomar decisiones informadas en torno al proceso de nacimiento; la relación de la mujer con el profesional sanitario cobra importancia, y la atención se basa en la evidencia que refleja la ciencia real y no la tradición médica. En definitiva, el modelo humanista no está reñido con la tecnología, sino al contrario al aceptar este modelo se puede llegar a considerar la tecnología como humanista, cuando no se impone, sino que se ofrece dentro de una serie de alternativas<sup>488</sup>, pero humanizar el nacimiento significa entender que el foco de los servicios de maternidad se basan en la comunidad, la Atención Primaria, no en los hospitales terciarios, donde los equipos de salud trabajan en armonía como iguales y basan su actividad en la evidencia<sup>489</sup>.

---

<sup>484</sup> Estrategia de atención al parto normal en el Sistema de Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2007.

<sup>485</sup> *Ibíd.*

<sup>486</sup> Davis-Floyd, *op.cit.*

<sup>487</sup> Wagner, *op.cit.*, p.25.

<sup>488</sup> Davis-Floyd, *op.cit.*

<sup>489</sup> Wagner, *op.cit.*, p.25.

Aunque el parto es un momento clave en la humanización de la asistencia, no se debe olvidar que el cuidado humanizado en la atención prenatal supone un primer paso para un parto saludable y es fundamental para disminuir la morbimortalidad materna y fetal, la preparación para la maternidad, la autonomía y la experiencia segura del proceso de nacimiento<sup>490</sup>. Por lo cual la atención durante este proceso merece el reconocimiento, la consulta prenatal debe ser un espacio donde compartir conocimientos y experiencias.

Como hemos visto el concepto de humanización del nacimiento es “complejo y polisémico”, el cual se define en función de en conjunto de aspectos técnicos, éticos y actitudinales<sup>491492493</sup>. Y como muestran las palabras de Wagner<sup>494</sup>:

*“El nacimiento humanizado tiene el potencial de combinar las ventajas del nacimiento medicalizado de occidente con las ventajas de redirigir el cuidado con el fin de honrar la naturaleza biológica, social, cultural y espiritual del nacimiento humano”.*

Entre las diversas estrategias que se pueden poner en práctica de cara a humanizar el nacimiento se encuentra situar a la mujer y la familia en el control del proceso, “empoderar”<sup>495</sup> a la mujer para que crea en sí misma, para lograrlo es necesaria la educación tanto de las mujeres como los profesionales, proporcionar información completa y honesta, promocionar las prácticas basadas en la evidencia y la participación comunitaria, controlando el proceso de la desde la Atención Primaria donde la matrona sea la profesional de referencia, ya que las investigaciones científicas muestran que si esta profesional es autónoma disminuyen las tasa de intervenciones invasivas innecesarias, el nacimiento de bajo riesgo es más seguro, la satisfacción de la mujer mayor y existe un ahorro económico<sup>496</sup>. Se ha demostrado que la sensación de satisfacción de la mujer está influida por la calidad de los cuidados, la comunicación entre matrona-madre, la provisión de información, el soporte emocional y la interacción precoz con el recién nacido, más que por el tipo de parto o uso de diferentes tecnologías<sup>497</sup>. La contribución de los usuarios de la asistencia sanitaria que pueden dar a los estudios sobre la asistencia es muy importante sobre todo si lo que se pretende es humanizar el parto<sup>498</sup>.

La humanización del parto se extiende a todos los contextos culturales y como ejemplo que lo ilustra un estudio<sup>499</sup> que se realizó en una zona de escasos recursos de Bolivia, el cual quería

---

<sup>490</sup> Mota, Lorenzini, op.cit., p.360.

<sup>491</sup> Biurrun, Goberna, op.cit., p.65.

<sup>492</sup> Souza, Gaíva, Modes, op.cit., p.485.

<sup>493</sup> Mota, Lorenzini, op.cit., p.366.

<sup>494</sup> Wagner, op.cit., p.31.

<sup>495</sup> “El término “empoderamiento” que se empezó a usar en los años 80 hace referencia “al proceso por el cual las mujeres debían acceder a diferentes recursos y debían crearse las condiciones necesarias para poder utilizarlos en su propio desarrollo”. Blázquez M, Cornejo M. Empoderamiento de género en las medicinas alternativas y complementarias (mac) de influencia new age ¿es el holismo feminista? Actas del XI Congreso Español de Sociología “Crisis y cambio: propuestas desde la Sociología” Volumen I, organizado por la Federación Española de Sociología (FES) y la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), celebrado en Madrid.2013 .p.1377.

<sup>496</sup> Wagner, op.cit., p.31-4.

<sup>497</sup> Vivanco, op.cit., p.278.

<sup>498</sup> García de Lima y Pamplona, op.cit.

<sup>499</sup> Otis, Brett, op.cit.



conocer las razones por las cuales a pesar de haber implantado un programa nacional de seguro materno-infantil que se diseñó para garantizar el acceso equitativo a los servicios gratuitos de atención médica en centros para mujeres embarazadas existía una baja tasa de partos hospitalarios, ya que la mayoría de las mujeres optaban por el parto en el domicilio. Entre las diferentes razones que las mujeres eludían para justificar la preferencia por el parto en el domicilio sobre el institucionalizado se encontraban: la baja calidad de atención en los centros, percepción de que no se necesita asistencia debido a que tenían experiencias previas de “partos fáciles”; el resto de razones se relacionaban con la escasez de recursos para acudir al centro. Pero al tener en cuenta las primeras razones que hemos señalado se pueden ver la importancia que tienen las diferencias culturales que influyen en la experiencia que tienen la mujer y su pareja en el momento del nacimiento. Estas mujeres valoran mucho el trato que se recibía en los centros institucionalizados, los cuales seguían el modelo de atención al parto biomédico, donde ellas dejaban de tener el control de su parto, y pasaba a manos de los profesionales sanitarios que trabajan allí. El otro punto a destacar era que estas mujeres veían el parto como algo fisiológico, cuando se refieren partos fáciles, por lo tanto no consideran que deben acudir al hospital para que se produzca el nacimiento. Este estudio a pesar de que pertenece a un entorno cultural que difiere del nuestro, las mujeres aluden una serie de argumentos para defender el parto domiciliario, que se asemejan, por no decir que son los mismos a los que se intenta llegar cuando hablamos de parto humanizado. Las mujeres del estudio cuestionan el modelo biomédico del parto institucionalizado, como refieren Luque y Oliver<sup>500</sup> los discursos de las mujeres que difieren del resto nos pueden ayudar a comprender que nuestro modo de ver las cosas no es el único ni el mejor, ni tampoco el natural. Tener en cuenta estas opiniones nos ayudará a establecer una atención centrada en las necesidades de las mujeres.

Por ello compartimos la opinión de Josefina Goberna<sup>501</sup> cuando refiere que *“Durante el parto debemos entender la autonomía de la mujer como una autonomía integrada en una heterotomía, en la que los cuidados, la calidez y la confianza ayudarán a que la situación puede vivirse como gozosa”*; el contexto social y cultural, y las personas de nuestro entorno siempre condicionarán todos los actos y por ello no se deben olvidar si lo que se quiere es prestar un asistencia humanizada, donde la mujer y su familia sean la centralidad de todo proceso.

Además del empoderamiento de la mujer si lo que se pretende es llegar a una asistencia humanizada se debe por tanto acompañar de un proceso de incorporación masculina en el proceso de nacimiento y crianza, lo cual sería muy positivo para alcanzar la equidad de género<sup>502</sup>.

### **3.3. INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ASISTENCIA SANITARIA.**

Incorporar la perspectiva de género en la asistencia sanitaria de la mujer, y sobre todo en el proceso de nacimiento, es esencial para llegar a conseguir la igualdad y romper las barreras de subordinación femenina en todos los ámbitos de la vida, puesto que la asistencia sanitaria con la influencia y control que ejerce o ha ejercido en el cuerpo de las mujeres supone otro de los ámbitos a tratar para eliminar las diferencias injustas e innecesarias que todavía en la

---

<sup>500</sup> Luque, Oliver, op.cit.

<sup>501</sup> Goberna, op.cit., 2012.p.76.

<sup>502</sup> Maroto, Castaño, García, Hidalgo, Mateo, op.cit., p.275.

actualidad están presentes y afectan tanto a las mujeres por ser las perjudicadas directamente, como a los hombres.

La organización que cada sociedad da a los comportamientos reproductivos refleja los valores nucleares y principios estructurales en los que se basan. Las instituciones sanitarias y los profesionales que trabajan en ellas se han encargado de socializar los comportamientos que se espera que tengan los implicados en el proceso reproductivo<sup>503</sup>; durante las clases de preparación para la maternidad parte de la información que se da a las mujeres y sus parejas corresponde a lo que se espera de ellos en cada momento del proceso de nacimiento, desde los diferentes hábitos higiénico-dietéticos que debe seguir la mujer embarazada hasta el papel que debe interpretar el padre durante el parto.

La atención sanitaria durante el proceso reproductivo ha situado a la mujer o la ha mantenido en la posición de subordinación o inferioridad dada por la sociedad patriarcal, entre los diferentes discursos se encuentra la afirmación de que la mujer posee el instinto maternal que le posibilita criar a su descendencia de forma innata, lo cual no se corresponde con lo esperado en el hombre; otra forma de sometimiento de la mujer se corresponde con el control que se ha ejercido (y en la actualidad se ejerce) sobre todos los procesos reproductivos del cuerpo femenino, desde la legalización o prohibición de los métodos anticonceptivos, el aborto, hasta la negación de elección del tipo de asistencia que la mujer desea recibir durante el parto o simplemente la elección de un acompañante. Por todo lo anterior como refiere Blázquez<sup>504</sup>: *“El análisis de género del proceso sanitario de la atención a la reproducción nos muestra el sistema de género donde la mujer está sometida a la alineación, despersonalizada y domesticación de las mujeres, produciendo y reproduciendo la subordinación de la mujer”*.

Como la atención biomédica durante el proceso de embarazo, parto y puerperio se dirige exclusivamente a la mujer, existe la creencia de que por este motivo ya se encuentra incorporada la perspectiva feminista, esta percepción dista mucho de la realidad, ya que no muestra como la asistencia que se presta durante el proceso de nacimiento dentro del modelo médico hegemónico se encuentra imbricada una serie de ideologías y de prácticas de género que reproducen las desigualdades, entre éstas cabe destacar: el propio sistema de vigilancia al que se somete a la mujer, los discursos donde se resalta la centralidad de la maternidad en la vida de las mujeres, la asignación del rol de cuidadora, la uniformización a la que se somete a todas las mujeres al no considerar las posibles diferencias individuales o la propia medicalización que no permite el control por parte de la mujer del proceso asistencial<sup>505</sup>. La crítica feminista en salud ha denunciado el androcentrismo en todos los niveles (investigación, docencia y asistencia) y la medicalización de todos los aspectos de la vida femenina<sup>506</sup>.

Mostrar a las mujeres como inferiores, desposeídas del poder para dar a luz supone una tragedia para toda la sociedad; por otro lado, respetar a la mujer como un ser humano importante y valioso, asegurando que su experiencia al dar a luz sea satisfactoria y su empoderamiento, es esencial, puesto que si las mujeres son fuertes, la sociedad se hace fuerte<sup>507</sup>. Además, se debe tener presente que durante mucho tiempo la desigualdad sexista

---

<sup>503</sup> Blázquez, op.cit., 2005.p.12.

<sup>504</sup> *Ibíd.*p.13.

<sup>505</sup> Blázquez, op.cit., 2009.p.75.

<sup>506</sup> Esteban, op.cit. 2000 A.p.27.

<sup>507</sup> Wagner, op.cit., p.25.

también ha perjudicado los intereses de los varones, puesto que les ha negado la capacidad de autocuidado, así como la participación del cuidado de sus hijas e hijos<sup>508</sup>, lo que les ha llevado a perderse una parte muy importante de su desarrollo emocional como padre.

Una mujer es competente cuando se convierte en partícipe y responsable de los procesos que puedan afectar a su propio cuerpo, siendo ella quien tome las decisiones<sup>509</sup>, informadas por parte de los profesionales, pero siempre que la última palabra la tenga ella, que sea autónoma y no dependiente como se ha pretendido durante gran parte de la historia.

A la vez que se ha dado el descenso en la natalidad, se ha producido una reformulación de los conceptos de maternidad y paternidad; donde el nuevo discurso cultural de la paternidad sitúa al padre junto con la madre en el centro del proceso al considerar que atender a sus hijos forma una parte importante en su realización masculina, lo que se inicia con el apoyo emocional en el parto y con los primeros cuidados del recién nacido<sup>510</sup>.

La estrategia al parto normal del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>511</sup> nos muestra: *“El papel del padre está poco visibilizado. (...) Su participación en el proceso se contempla como un apoyo a la madre, esto es, como un derecho de la madre más que como un propio derecho”*.

La igualdad entre la mujer y el hombre ha sido reconocida como principio jurídico universal en diferentes textos a nivel internacional los cuales versan sobre los derechos humanos, entre estos destaca la IV Conferencia Mundial de Mujeres que se celebró en Pekín (1995), y la cual supuso un cambio de la situación de las mujeres, puesto que a partir de ese momento se consideró la necesidad de integrar la situación de las mujeres en el conjunto de políticas y no considerarlo un sector aislado<sup>512</sup>. Entre los “Objetivos del Milenio” (cuyo plazo de consecución es el año 2015) también se incluye la igualdad entre mujeres y hombres.

A nivel Europeo, también existe legislación que refiere la igualdad entre las mujeres y los hombres en diferentes documentos entre los que se incluyen el Tratado de la Unión Europea, Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea y la Carta de Derechos Fundamentales. En 2010 se establece lo que se conoce como “Carta de la Mujer” en la cual los estados europeos renuevan su compromiso. También está la Estrategia de la Comisión Europea para la igualdad de mujeres y hombres (2010-2015) y la Estrategia europea 2020, en el cual reafirmó su voluntad de cumplir con los objetivos de la UE en materia de igualdad entre mujeres y hombres y adoptó un segundo Pacto Europeo por la Igualdad de Género (2011-2020)<sup>513</sup>.

La situación española no difiere de los países de su entorno, ya que todavía existen importantes desigualdades entre el hombre y la mujer, a pesar de los cambios que han tenido lugar en nuestro país, aún quedan muchos objetivos por alcanzar que nos permita llegar a la “igualdad real”, la cual se encuentra muy por detrás de la “igualdad formal”, por ello se ha

---

<sup>508</sup> Juan M, Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción, Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 1991; 53.p.37.

<sup>509</sup> Goberna, Palacio, Banús, Linares, Salas, .op.cit., p.10.

<sup>510</sup> Luque, Oliver, op.cit.

<sup>511</sup> Estrategia de atención al parto normal en el Sistema de Nacional de Salud, op.cit., p.16.

<sup>512</sup> Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2014-2016, Instituto de la Mujer, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madris, 2014. p.9.

<sup>513</sup> Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2014-2016, Instituto de la Mujer, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, 2014. p.9-10.

considerado necesario la elaboración del Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (PEIO) 2014-2016<sup>514</sup>, mediante el cual se cumpla con lo que ya está contemplado en la Constitución Española y es el derecho a la igualdad de trato y no discriminación y el principio de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, que está reflejado en los artículos 14 y 9.3, considerando la igualdad un valor superior en el ordenamiento jurídico<sup>515</sup>.

En el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades encontramos varias referencias que tratan sobre nuestro tema de estudio las cuales vamos a nombrar. Dentro del Eje 6: *Desarrollo de acciones en el marco de otras políticas sectoriales*, encontramos como objetivo específico: *6.1. Reforzar la perspectiva de género en las políticas de salud*, de forma que se está reconociendo que aún en la actualidad existe en la asistencia sanitaria desigualdades en función del sexo de la persona. En las líneas de actuación aplicables para alcanzar el objetivo encontramos la *“Promoción de la igualdad en las políticas de salud y bienestar social, así como impulso de políticas específicas de salud y calidad de vida de las Mujeres”* que se va intentar conseguir con las siguientes medidas<sup>516</sup>:

*124. Promoción de la generación de conocimiento sobre la salud, apoyando la investigación y difusión de información especializada.*

*125. Recogida de información desagregada por sexo y edad en los sistemas de información sanitaria y de los servicios sociales y análisis de datos.*

*126. Elaboración de indicadores singulares de la salud en las mujeres.*

*127. Elaboración de publicaciones especializadas sobre la salud en las mujeres.*

*128. Campañas de sensibilización y formación de profesionales y personal de los servicios sociosanitarios, para el intercambio de buenas prácticas sobre la salud de las mujeres.*

De forma más concreta en el Eje 2: *Conciliación de la vida personal, familiar y laboral y corresponsabilidad en la asunción de responsabilidades familiares*, se destaca la importancia de la corresponsabilidad, de forma que se reduzcan los costes de las oportunidades para las mujeres y se incremente el valor social de la maternidad; como objetivo encontramos *2.1. Sensibilizar en materia de conciliación y corresponsabilidad* que incluye la línea de actuación *“Realizar campañas institucionales de sensibilización”* para lo que establece la siguiente medida específica<sup>517</sup>:

*39. Potenciación, desde los servicios sanitarios, de la implicación de los hombres en tareas de cuidado y desarrollo del vínculo afectivo y el apego a través de una mayor participación en la educación para la maternidad/paternidad y la crianza.*

---

<sup>514</sup> *Ibíd.*, p.13.

<sup>515</sup> Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2014-2016.p.5.

<sup>516</sup> *Ibíd.*, p.103-4.

<sup>517</sup> Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2014-2016.p.64-6.

En la siguiente objetivo 2.2. *Facilitar la conciliación de la vida personal, laboral y familiar*, se incluye la línea de actuación “*Promover el desarrollo de servicios para la atención y educación de niñas y niños y personas en situación de dependencia y mejora del apoyo a la maternidad del SNS*” que tiene la siguiente medida específica<sup>518</sup>:

*44. Desarrollo e implantación de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva en los aspectos relacionados con el embarazo, puerperio, lactancia materna y corresponsabilidad en la crianza.*

La Ley Orgánica 3/2007 de 22 de Marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres en el Capítulo II, artículo 27 se trata la integración del principio de igualdad en la política de salud; por lo tanto, se reconoce la necesidad de introducir la perspectiva de género si lo que se pretende es dar una asistencia centrada en el individuo, donde la igualdad del individuo como de los grupos en los que se integra sean reales y efectivos<sup>519</sup>.

El sistema sanitario se encuentra en una posición privilegiada para llegar a aquellos hombres que van a ser padres, ya que es uno de los escasos recursos disponibles que pueden ayudar a satisfacer las nuevas demandas masculinas. Las instituciones sanitarias por su organización pueden influir en la implicación del hombre en la crianza de su descendencia mediante la educación, la influencia social y la autoridad que poseen en nuestro contexto cultural<sup>520</sup>. Excluir al hombre del ámbito hospitalario, lugar donde se produce en la actualidad la mayoría de los nacimientos, lo que hace es reproducir los roles ancestrales de género asociados a la mujer, lo cual supone para el hombre un detrimento en la formación hacia la nueva paternidad responsable; situación que se corresponde con los discursos que se promueven desde las diferentes organizaciones tanto del ámbito nacional como internacional, las cuales pretenden una corresponsabilidad en el ejercicio de la paternidad que va desde la decisión de tener hijas/os, el embarazo, parto, puerperio, cuidado y crianza<sup>521</sup>.

Con todo lo anterior se reconoce a nivel nacional la importancia que tiene la asistencia sanitaria que recibe la mujer y su pareja durante el proceso de nacimiento, de cara a establecer una, maternidad y paternidad saludable que se base en una corresponsabilidad e igualdad de oportunidades entre ambos progenitores. Estos documentos oficiales justifican la necesidad que como profesionales de la salud tenemos de proporcionar una atención sanitaria basada en la igualdad de oportunidades, y también justifica los objetivos de esta investigación donde se pretende conocer las experiencias y percepciones que tienen la mujer y su pareja durante la asistencia sanitaria en el proceso de adquisición de los nuevos roles de madre y padre.

En el caso concreto de los estudios sobre la salud reproductiva no se han tratado las preocupaciones masculinas, el proceso de transición a la paternidad y las experiencias de los varones con el sistema sanitario han sido poco analizadas en comparación con la maternidad<sup>522</sup>, desde el conocimiento y la práctica médica se le ha dado poca presencia al

---

<sup>518</sup> *Ibíd.*, p.63-5.

<sup>519</sup> Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, BOE núm 71.

<sup>520</sup> Maroto, Castaño, García, Hidalgo, Mateo, *op.cit.*, p.268.

<sup>521</sup> García D, Díaz Z, Acosta M, *Legislación y atención medicalizada al nacimiento en el ejercicio de la maternidad y la paternidad en Cuba*, Revista Ciencias de la Salud, 2012; 10 (2).p.217.

<sup>522</sup> Maroto, Castaño, García, Hidalgo, Mateo, *op.cit.*, p.268.

hombre en el ámbito de la reproducción<sup>523</sup>. Pero parece necesario acercarse a las diferentes experiencias masculinas si lo que se pretende es que los varones se impliquen desde el nacimiento en la crianza de su descendencia. Cuando se pasó de la atención al parto en los domicilios de las mujeres a los hospitales, esto llevó consigo la prohibición de la presencia del padre en ese momento tan crucial, que hasta entonces si habían experimentado en sus hogares, mediante esta acción se reforzaba todavía más el papel secundario del varón en la reproducción, ya que no se consideraba necesario durante el nacimiento, lo cual ha sido ampliamente debatido y como ya hemos nombrado la evidencia nos muestra lo contrario<sup>524</sup>. Como describe un estudio cualitativo<sup>525</sup> que se llevó a cabo en Suecia los hombres a menudo se sienten “invisibles” cuando interaccionan con el sistema sanitario, lo que muestra la necesidad de que los profesionales sanitarios apoyen tanto a la madre como al padre y así se rompan las desigualdades de género presentes en la asistencia sanitaria prestada durante este proceso, la situación descrita no difiere del trato que reciben los hombres en nuestro entorno.

En nuestro contexto sanitario español los indicadores que nos muestran la relación del padre con los servicios sanitarios prácticamente se limitan a el acompañamiento durante el parto, en segundo plano o como mero auxiliar<sup>526</sup>. Aun así, la evidencia sugiere que durante el transcurso del trabajo de parto las mujeres dan un alto valor a la presencia y el apoyo de su pareja, lo que se traduce en menos dolor percibido y ansiedad, mejorando la satisfacción<sup>527</sup>, así como que hay factores clave como son la paridad, la edad y la etnia que afectan a la participación masculina durante y después del nacimiento<sup>528</sup>.

El estudio cualitativo que busca conocer las experiencias y expectativas de los hombres en relación con los sistemas sanitarios realizado en España por Maroto y colaboradores<sup>529</sup> muestran distintos discursos demandante a los servicios de salud, donde los hombres refieren sentirse en un segundo plano dentro de un sistema que consideran rígido, que incluso no considera protagonista a la mujer en el proceso de nacimiento, los programas sanitarios y la atención prestada no responden a las nuevas demandas del padre, puesto que estos se dedican en exclusiva a la madre y el /la bebé. El sistema sanitario reproduce la asignación de roles femenino y masculino en cuanto a la reproducción, de forma que incluir al hombre dentro de la asistencia sanitaria requiere un cambio que rompa con las diferencias de género ocultas dentro de la asistencia sanitaria al proceso de nacimiento.

Debemos tener presente que la actual asistencia sanitaria que se presta durante el embarazo, parto y puerperio genera en el hombre una “endoculturación”, respecto a los comportamientos que en cada momento preciso se espera de ellos, pidiéndoles control emocional en algún momento y en otros lo contrario, lo cual resulta contradictorio<sup>530</sup>.

---

<sup>523</sup> Figueroa JG, Lorena O, La presencia de los varones dentro de los procesos reproductivos. Seminario sobre Varones, Formación Familiar y Reproducción@, organizado por la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, Buenos Aires, 1998.p.9.

<sup>524</sup> Gonçalves, Muniz Da Costa, op.cit., p.166-7.

<sup>525</sup>Widarsson M, Kerstis B, Sundquist K, Engström G, Sarkadi A,SupportNeeds of ExpectantMothers and Fathers: A QualitativeStudy. TheJournal of Perinatal Education, 2012; 21(1).p.42-3.

<sup>526</sup>Maroto, Castaño, García, Hidalgo, Mateo, op.cit., p.268.

<sup>527</sup>Redshaw M, Henderson J,Fathers’ engagement in pregnancy and childbirth:evidencefrom a nationalsurvey. BioMed Central Pregnancy and Childbirth, 2013; 13(70).p.2.

<sup>528</sup>Ibíd., p.7.

<sup>529</sup>Maroto, Castaño, García, Hidalgo, Mateo, op.cit., p.272-5.

<sup>530</sup>Blázquez, op.cit., 2013.p.1357-9.

A pesar de lo anteriormente mencionado se puede decir que no poseemos suficiente información respecto a la opinión masculina en relación con los sistemas sanitarios<sup>531</sup>, y por lo tanto no se podrán satisfacer las necesidades que presentan los hombres en este ámbito.

#### 4. ROL DE PATERNIDAD Y GÉNERO: SITUACIÓN ACTUAL.

El modelo de familia tradicional se tambalea, existen familias formadas tanto por parejas homosexuales, como heterosexuales y monoparentales, toda esta situación da lugar a que la relación de los hijos/as con sus madres y padres rompa con los esquemas derivados de la familia patriarcal. Sin embargo, como venimos relatando, nuestro estudio se centra en las parejas heterosexuales que acceden por primera vez a la maternidad y paternidad tras el parto de la mujer. Conocer el resto de realidades consideramos que requiere de otros estudios puesto que conllevan implicaciones específicas que no se contemplan en el nuestro.

Dentro de las parejas heterosexuales queremos indagar los nuevos modelos emergentes que tratan de romper con la división asimétrica que otorga la sociedad a los patrones establecidos en la esfera reproductiva en función del sexo.

Los hombres siempre han estado presentes en los estudios de género, pero lo han hecho en calidad de miembros del sistema patriarcal, y no se ha tenido en cuenta su situación, donde la construcción social de la masculinidad oprime tanto a la mujer como al hombre, al considerar sólo un modelo hegemónico de masculinidad, donde no hay cabida para otros modelos de masculinidad<sup>532</sup>, de forma que aquel hombre que no se corresponde con el modelo hegemónico de masculinidad implantado en nuestro contexto cultural, sufrirá por ello la discriminación e incomprensión por parte de sus iguales, los cuales si están insertados en el modelo dominante. Como refiere Salguero<sup>533</sup> la falta de estudios sobre la masculinidad se debe a que durante mucho tiempo el hombre era considerado “lo neutro” de la humanidad, y por tanto, aquello que no precisa de ningún tipo de explicación, lo contrario que ha sucedido con la mujer, que siempre ha sido “lo otro”, además de que se ha considerado secundario en el proceso reproductivo, que se ha tratado siempre bajo una visión feminizada, donde la mujer era la responsable<sup>534</sup>.

Este modelo hegemónico de masculinidad el cual describe De Keijzer<sup>535</sup> como el esquema cultural donde se presenta al varón dominante, y sirve para discriminar y subordinar tanto a la mujer como a otros hombres que no aceptan ese modelo, es represivo y nocivo para ambos<sup>536</sup>; y a pesar de que él refiere que está presente en América Latina<sup>537</sup>, esta descripción nos sirve también para explicar la situación del hombre en nuestra sociedad. El modelo responde a la forma de socialización que históricamente han recibido los hombres, ha sido construido en función de la organización socioeconómica que le da apoyo, repercute en mujeres y hombres y

---

<sup>531</sup> Maroto, Castaño, García, Hidalgo, Mateo, op.cit., p.269.

<sup>532</sup> De Keijzer, op.cit., p.1.

<sup>533</sup> Salguero, MA, Feminismo: masculinidad y paternidad, Tramas, 2006; 24.p.43.

<sup>534</sup> Salguero MA, Córdoba D, Sapién S, Decisión y planeación de los hijos en el proceso reproductivo de los hombres, Avances en Psicología Latinoamericana, 2006; 27(1):144.

<sup>535</sup> De Keijzer, op.cit.p.2.

<sup>536</sup> Salguero, op.cit., p.43.

<sup>537</sup> De Keijzer, op.cit.p.2.

se ha mantenido vigente durante mucho tiempo como única posibilidad, por ello existe una fuerte interiorización de ideales que da lugar a que la transformación social sea lenta<sup>538</sup>.

Aunque hay variaciones en función de la clase o la etnia, éste ha otorgado al varón de una serie de ventajas, que sin embargo, con el tiempo se pueden llegar a convertir en desventajas; los hombres son sometidos a una vigilancia constante no solo por parte de las mujeres, sino también de los otros hombres para que se comporten como se espera en relación con el modelo hegemónico de masculinidad<sup>539</sup>. Como ejemplo de lo anterior nos encontramos con que el hombre durante mucho tiempo ha sido apartado del proceso de nacimiento y crianza de sus hijos<sup>540</sup>, con la pérdida de la experiencia que ello supone para su crecimiento personal, de forma que la paternidad era ejercida prácticamente solo como el proveedor de la familia.

La masculinidad se asocia a características como la responsabilidad, la protección y la trascendencia, lo que obedece a la representación social del hombre proveedor que se enmarca en el modelo tradicional de familia<sup>541</sup>. Este modo de entender la masculinidad se ha encargado de apartar al hombre del proceso de reproducción, ha servido para reforzar la fuerte división de roles en función del género imperante en la sociedad y el reparto desigual del poder en el seno familiar, justificando el papel principal femenino en el reparto de responsabilidad consecuencia de las características socialmente atribuidas al hombre y la mujer.

Las emociones de los hombres se configuran en el seno del orden de género, donde se ha supuesto que no experimentan sentimientos, lo que responde al modelo de varón falto de emotividad, y en contraposición se encuentran los que son más sensibles (emocionales) y por tanto más asimilables a lo que se define como "femenino". Pero como muestra el estudio cualitativo realizado en Cuba por García, Díaz y Acosta<sup>542</sup> se puede leer en las entrevistas que realizaron a los hombres que habían sido padres recientemente, como éstos exteriorizan sentimientos ante la presencia del hijo/a, lo que rompe con los estereotipos masculinos y muestra como la implicación temprana del varón puede ser uno de los puntos de partida para la construcción de la nueva masculinidad.

El mantenimiento de la desigualdad basado en el orden de género en las sociedades trae consigo consecuencias negativas para el hombre y la mujer. En el caso que nos ocupa en este apartado, la desigualdad conlleva para el hombre la supresión de las emociones para mantener "el control", la ausencia de relaciones con los hijos durante la crianza, la exposición a numerosos riesgos para la salud, la reducción de las oportunidades educativas y el deterioro de las relaciones interpersonales con las mujeres. Esto ha llevado a que parte de la población masculina se incorpore en la lucha por la igualdad, ya que han entendido que no proporciona beneficios a largo plazo<sup>543</sup>.

---

<sup>538</sup> López MA, Gutiérrez MC, Grupo de reflexión para la maternidad y paternidad responsable, RqR Enfermería Comunitaria, 2013; 1(3):16-27.

<sup>539</sup> Salguero, op.cit., p.53.

<sup>540</sup> Gonçalves, Muniz Da Costa, op.cit., p.160.

<sup>541</sup> Puyana, mosquera, op.cit., p.10.

<sup>542</sup> García, Díaz y Acosta, op.cit.p.214.

<sup>543</sup> Naciones Unidas. División para el adelanto de la mujer. El papel de los hombres y los niños en el logro de la igualdad entre los géneros. La mujer en el 2000 y después. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Secretaría de las Naciones Unidas. División para el adelanto de la mujer. Nueva York.2008. p.5.



Si lo que se pretende es que tanto la mujer como el hombre vivan su vida con todo su potencial, ambos necesitan participar en todos los niveles de la sociedad donde se inserta tanto la vida privada o familiar, como la vida pública que incluye el trabajo extradoméstico y el ocio. Esto exige a los hombres participar y asumir comportamientos y responsabilidades en el seno familiar, que en la mayoría de las sociedades han estado en manos de la mujer de forma exclusiva<sup>544</sup>. Se debe dar el énfasis que se merece a la participación masculina, de hombres y niños, en la promoción de la igualdad, confiando en su capacidad para el cambio y apoyo<sup>545</sup>. Por tanto, el modelo de corresponsabilidad<sup>546</sup> es necesario si se quiere llegar a la equidad de género<sup>547</sup>. Centrar la responsabilidad del proceso reproductivo únicamente en la mujer, obviando el co-protagonismo/participación masculina, refuerza el rol femenino asociado a la maternidad, lo que lleva consigo la inserción del nacimiento en el sistema de subordinación por razones de género<sup>548</sup>. Para romper con lo anterior se necesita reivindicar una corresponsabilidad masculina dentro de la reproducción desde el principio. La igualdad entre la mujer y el hombre debe incluir las diferencias que existen entre ellos, ya que son personas con identidades, necesidades y afectos particulares, lo que requiere valorar a las personas por sí mismas y brindarle los mismos derechos<sup>549</sup>.

Durante el embarazo el hombre se encuentra en situación de incertidumbre o expectativa de lo que sucede en el cuerpo de la mujer, de forma que se considera la paternidad como un fenómeno vivido a partir del parto o cuando establecen el contacto con la hija/o, existe un desfase en la temporalidad entre el momento en el que se inicia la maternidad y la paternidad<sup>550</sup>, pero esta circunstancia consecuencia de la biología no debería repercutir en la asunción de los roles tras el nacimiento, y sin embargo sí lo ha hecho durante mucho tiempo.

El ejercicio de la paternidad se encuentra vinculado a las creencias, valores y normas de la cultura donde se ha socializado el hombre, pero también influyen la relación de pareja y las expectativas que se tienen respecto a las hijas/os, por lo tanto no se limita al hecho biológico de engendrar. Coincidimos con lo referido por Salguero al considerar que<sup>551</sup>:

*“(...) tanto la maternidad como la paternidad son procesos complejos circunscritos en el orden histórico, social y cultural, es decir, el universo simbólico, con los significados, representaciones, modelos e imágenes que forman parte del sistema social, político e ideológico históricamente constituido y que conforma el contexto en el que se organiza la subjetividad de los individuos”.*

Romper con los estereotipos de género presentes en las conductas, los valores, las creencias y las actitudes de las personas es lo que se pretende promover desde diferentes iniciativas

---

<sup>544</sup> De Keijzer, op.cit., p.18.

<sup>545</sup> El Papel de los Hombres y los Niños en el Logro de la Igualdad de Género.p10.

<sup>546</sup> Entendemos por *corresponsabilidad*: “asunción equitativa por parte de hombres y mujeres de las responsabilidades, derechos, deberes y oportunidades asociados al ámbito doméstico, la familia y los cuidados”. De la conciliación a la corresponsabilidad: buenas prácticas y recomendaciones, Instituto de la Mujer, Ministerio de Igualdad, 2008.p.87.

<sup>547</sup> Maroto, Castaño, García, Hidalgo, Mateo, op.cit., p.268.

<sup>548</sup> García, Díaz y Acosta, op.cit.p.219.

<sup>549</sup> Salguero, op.cit., p.45.

<sup>550</sup> Figueroa, Lorena, op.cit., p.10.

<sup>551</sup> Salguero, op.cit., p.48-52.

nacionales e internacionales, conformando un gran reto el aumento de la participación masculina en los cuidados de sus hijos/as. A nivel mundial se ha dado mucha importancia a la participación del hombre en la paternidad y se han desarrollado diferentes estrategias que buscan dicha incorporación, lo cual ha quedado reflejado tanto en la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la población y el Desarrollo de 1994 y en la IV Conferencia Internacional de la mujer en Pekín 1995, supuso la transición política respecto al compromiso y la responsabilidad de los hombres. El Programa de Acción de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo de 1994<sup>552</sup> señalaba que:

*“El hombre desempeña un papel clave en el logro de la igualdad de los sexos, puesto que en la mayoría de las sociedades ejerce un poder preponderante en casi todas las esferas de la vida, desde las opciones personales respecto del tamaño de la familia hasta las decisiones sobre políticas y programas públicos a todos los niveles.”*

Las diferentes medidas y estrategias que se elaboraron hace 20 años se encuentran en vigor en la actualidad, puesto que como relata Phumzile Mlambo-Ngcuka, la directora ejecutiva de ONU Mujeres en la síntesis del informe del Secretario General sobre el examen y la evaluación de 20 años de la aplicación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing y los resultados del vigésimo tercer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General : *“ningún país ha logrado la igualdad de género”*<sup>553</sup>. El mundo se encuentra lejos de la visión establecida en dicha declaración, sigue existiendo desigualdad y se reconoce la igualdad de género como una de las prioridades mundiales, ya que aún no existe un cambio real de la vida de la mujer y la niña<sup>554</sup>. Los hombres y los niños deben tomar responsabilidades y romper con los estereotipos de género y las normas sociales discriminatorias<sup>555</sup>.

En España la igualdad de género ha sido introducida en la política recientemente, pero ni es un tema clave en el debate público ni suele estar presente en los debates políticos<sup>556</sup>. En el año 2007 aparece la Ley de Igualdad, la cual alude directamente a la participación masculina en el apartado 8 del artículo 14 donde dice que serán criterios generales de actuación por los poderes públicos: *“El establecimiento de medidas que aseguren la conciliación del trabajo y de la vida personal y familiar de las mujeres y los hombres, así como el fomento de la corresponsabilidad en las labores domésticas y en la atención a la familia”*<sup>557</sup>.

Entre los principios básicos que establece la Asociación de Hombres por la igualdad<sup>558</sup> se encuentra el siguiente: *“Queremos disfrutar de relaciones igualitarias, desde el respeto a la diversidad, en todos los ámbitos de nuestra vida familiar, reclamando nuestra implicación en las tareas domésticas, en el cuidado propio y de los seres queridos, en las relaciones sociales y en la solución cooperativa de los conflictos”*. La existencia de este tipo de asociaciones nos muestra como hay hombres que están dispuestos a conseguir la igualdad real y ven en ella una

---

<sup>552</sup> Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. ONU, El Cairo, 1994.

<sup>553</sup> Summary report: the Beijing Declaration and Platform for Action turns 20. ONU, UN WOMEN, New York, 2015.p.6.

<sup>554</sup> Summary report: the Beijing Declaration and Platform for Action turns 20, op.cit., p.49.

<sup>555</sup> Ibid., p.56.

<sup>556</sup> Jurado et al., op.cit., p.27.

<sup>557</sup> Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, op.cit., p.8.

<sup>558</sup> Estos principios se encuentran en la página web de la Asociación de hombres por la igualdad disponible en <http://www.ahige.org/principiosbasicos.html>

serie de ventajas, tanto para la mujer como para el hombre, que superan a las que poseen si siguen el modelo tradicional de masculinidad.

Cuando se produce el nacimiento de la primera hija/o en la pareja se producen unos cambios en la distribución por género de las actividades domésticas y cuidados, lo cual constituye un elemento clave en la perpetuación de las desigualdades de género; esta etapa inicial en la formación de la familia donde se dan las relaciones desiguales constituye un obstáculo para el desarrollo de la carrera laboral de la mujer, esta situación donde existe una dificultad de conciliación entre la vida familiar y laboral ha generado un descenso de la fecundidad y un aumento en los divorcios ; por lo tanto, la comprensión de las decisiones sobre del empleo y la familia es de vital importancia para avanzar en la igualdad de género<sup>559</sup>.

La primera vez que las parejas acceden a la maternidad y la paternidad se presenta como una de las claves en el establecimiento de conductas equitativas en materia de corresponsabilidad, parece de vital importancia resaltar el papel que juega dentro del sistema social el Sistema Público Sanitario, puesto que es un de las instituciones que está en permanente contacto con las parejas durante el proceso. Esta premisa nos lleva a afirmar que en la actualidad el proceso de construcción de la masculinidad está muy influenciado por las políticas sanitarias<sup>560</sup>, presentándose aquí una buena oportunidad de intervención para intentar establecer comportamientos que favorezcan la corresponsabilidad entre mujeres y hombres.

Desde el ámbito sanitario se pretende fomentar la participación de la figura paterna, diferentes publicaciones relativas a los cuidados el recién nacido/a en el Sistema Público de Salud, como se recoge en el documento "Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en buenas prácticas"<sup>561</sup> publicado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, incluye tanto al padre como a la madre durante la redacción del texto, y consideran de vital importancia tanto la formación del vínculo materno como paterno fomentando el contacto físico y la interacción con su hijo/a. Hace referencia específica a la implicación masculina en las prácticas sanitarias, habla tanto de la madre como del padre canguro<sup>562</sup>, como técnica capaz de favorecer la adaptación del recién nacido al nuevo medio. Se considera importante resaltar como desde los documentos oficiales se realiza al mismo nivel la participación masculina y femenina. Desde esta institución se mantiene como uno de los objetivos prioritarios para el equipo de salud la promoción del desarrollo del vínculo afectivo de madre/padre con su hija/o, de modo que sea esta premisa una ruta en función de la cual se debe prestar la asistencia sanitaria.

---

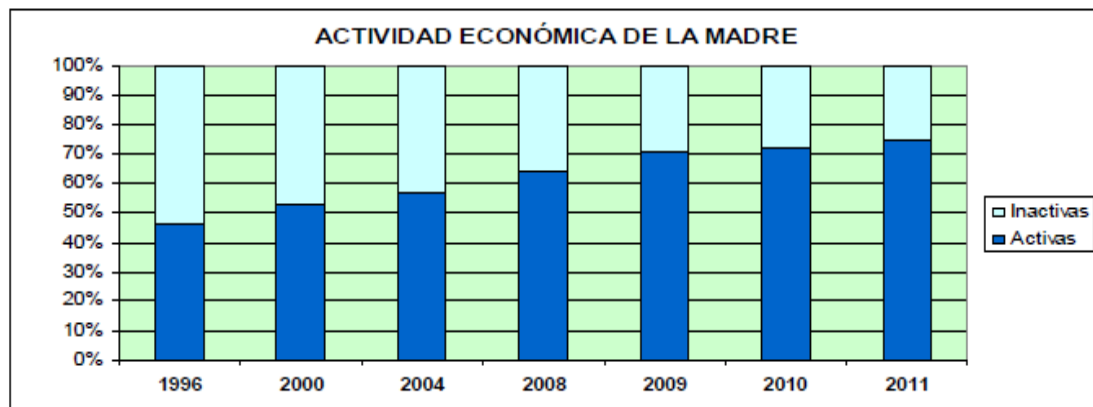
<sup>559</sup> Jurado et al., op.cit., p.3.

<sup>560</sup> Blázquez, op.cit., 2013, p.1356.

<sup>561</sup> Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en buenas prácticas, Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid, 2010. P.17, 112.

<sup>562</sup> "El Método de Cuidado Madre Canguro (MMC) se define como el contacto piel a piel entre una madre o padre y su recién nacido. (...) El MMC nace en Bogotá, Colombia. En 1983, los doctores Rey y Martínez, desarrollan este método como alternativa a los cuidados en incubadora, para los recién nacidos prematuros que habían superado dificultades iniciales y que únicamente necesitaban alimentarse y crecer. Consiste fundamentalmente en un contacto piel con piel temprano, continuo y prolongado entre la madre y su hijo. Se trata de un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto del recién nacido como de la madre." En la actualidad se aplica en hospitales públicos que también poseen medios técnicos por los beneficios observados, lo realizan tanto las madres como los padres. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en buenas prácticas, Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid, 2010. P.21.

En la actualidad a pesar de que cada vez más las pautas de empleo y las actitudes de género son más simétricas, respecto a épocas anteriores, sin embargo, nos encontramos que en el ámbito doméstico y de los cuidados prevalece el reparto de roles tradicional de género, donde se asigna a la mujer las tareas domésticas y de cuidado familiar, lo que representa simbólicamente la feminidad, y es evitado por los hombres, lo que representa los motivos simbólicos de la masculinidad, respondiendo a la construcción simbólica del género<sup>563</sup>. Los estudios demuestran que incluso en el momento de la llegada del primer hijo/a a pesar de que en un principio existen cambios en el ámbito familiar, los cuales están presentes sólo durante el ciclo vital cuando no hay responsabilidades familiares, ya que todo cambia hacia una “tradicionalización” de los roles de género en el momento en el que se convierten en madre y padre<sup>564</sup>.



**Fuente de los datos:** Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. Instituto Nacional de Estadística.

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp318&file=inebase&L=0>

Como se muestra en la gráfica que contiene los datos del Instituto Nacional de Estadística respecto a las madres de los hijos nacidos en España nos encontramos como a lo largo de los años se ha invertido la situación, donde según actividad económica de la madre, el 46,4% de las mujeres que tuvieron una hija o hijo en 1996 eran activas y el 53,6% inactivas; en 2011, el 75,0% eran activas y las inactivas representaron el 25,0%, por lo tanto, se ha incrementado paulatinamente en el mercado laboral el número de mujeres que son madres y trabajan fuera de su domicilio, a pesar de que a partir del 2008 España se encuentra en situación de crisis económica<sup>565</sup>.

En el año 2007 se introduce en España lo que se conoce como permiso de paternidad, que otorga a los varones que han sido padres de 13 días, ampliado recientemente a 4 semanas, lo cual es algo muy positivo, puesto que antes no existía, se encuentra muy lejos de los países más avanzados en la materia, como el caso de Suecia e Islandia, donde el diseño de los

<sup>563</sup> Jurado et al., op.cit., p.5-6.

<sup>564</sup> Abril P, Romero A, El papel de los hombres en la igualdad de género: cambios, perspectivas y transiciones, Congreso Iberoamericano de Masculinidades y Equidad, Barcelona, 2011.p.6.

<sup>565</sup> Mujeres en cifras. Boletín Estadístico, Instituto de la Mujer, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Número 1. Enero.2013 A.p.2.

permisos de paternidad favorece tanto la protección a la infancia como la igualdad de género y la inclusión del padre en los cuidados<sup>566</sup>.

Un estudio realizado en España que pretende analizar la introducción del permiso de paternidad nos muestra la existencia de alguna evidencia empírica a favor de la hipótesis de que la introducción del permiso de paternidad se ha asociado con un cierto aumento de implicación de los varones en los cuidados infantiles<sup>567</sup>, lo que nos lleva a pensar que las instituciones favorezcan la integración del varón en el cuidado puede ser una útil estrategia para lograr la equidad en la familia, junto con las reducciones de horarios laborales y sistemas de trabajo flexibles, aunque no es suficiente todo suma si lo que se pretende es implicar al hombre.

A continuación vamos a analizar una serie de datos y tablas que nos van a ilustrar sobre el panorama actual de reparto de responsabilidades entre la mujer y el hombre, así como el uso del tiempo.

		EXCEDENCIA POR CUIDADO DE HIJAS/OS								
		2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
<b>% Madres</b>		94,50	94,98	95,52	95,48	95,90	96,11	95,75	96,09	96,67
<b>Ambos progenitores</b>		28.038	29.651	34.128	34.812	33.942	37.771	34.816	31.275	28.403
<b>Madres</b>		26.497	28.163	32.589	33.239	32.549	36.300	33.335	30.052	27.457
<b>Padres</b>		1.541	1.488	1.529	1.573	1.393	1.471	1.481	1.223	946

Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Más información en:

<http://www.empleo.gob.es/es/estadisticas/contenidos/anuario.htm>

Tabla actualizada a fecha 17 de julio de 2014

Como muestran los datos en relación con las excedencias por cuidados familiares nos encontramos como en el caso de los hombres se ha incrementado a lo largo de los años, pasando de 946 en el 2005 a 1541 en 2013, este dato es muy positivo, puesto que muestra el incremento de la implicación masculina en el cuidado de sus hijas/os, a pesar del contexto de crisis en el mercado laboral ha aumentado de forma discreta. Sin embargo, las mujeres siguen siendo quienes a pesar de estar incorporados al mercado laboral cogen las excedencias por cuidado de hijas/os.

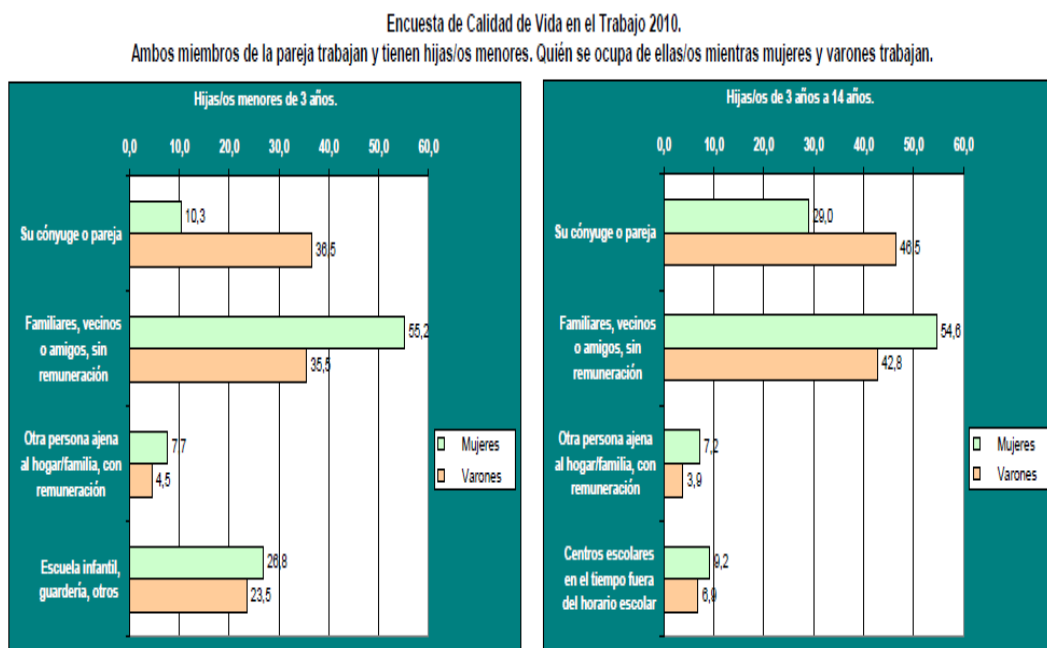
Las razones por las que la pareja se organiza de una determinada manera en el momento del nacimiento de su hija/o nos puede permitir comprender las diferentes dinámicas que generan la desigualdad de género en el seno de la familia, donde influyen la perspectivas de recursos,

<sup>566</sup> Escot Lorenzo et al, Una evaluación de la introducción del permiso de paternidad de 13 días. .Ha fomentado una mayor corresponsabilidad en el ámbito del cuidado de los hijos pequeños, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Dirección General para la Igualdad de Oportunidades. Instituto de la Mujer, 2012.p.5-8.

<sup>567</sup> Escot et al, op.cit., p.123.

lo que se considera mejor para el/la recién nacida, las instituciones y las creencias culturales<sup>568</sup>.

Respecto a las parejas en que ambos trabajaban y tenían hijos o hijas menores de 3 años, el 36,5% de los varones señaló que, mientras trabajaba, quien se ocupaba de los niños o niñas era su cónyuge o pareja; el 10,3% de las mujeres señaló esa misma respuesta. En el caso de parejas con menores de 3 a 14 años, esos porcentajes fueron, respectivamente, del 46,5% y 29,0% , las mujeres siguen siendo las cuidadoras principales de los menores, aunque se hayan incorporado al trabajo extradoméstico siguen llevando mayor responsabilidad que los hombres en el cuidado familiar.



Fuente de los datos: *Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo*. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Más información en: <http://www.empleo.gob.es/estadisticas/ecvt/welcome.htm>

<sup>568</sup> Jurado et al, op.cit., p.8.

Porcentaje de personas que realizan la actividad en el transcurso del día y duración media diaria dedicada a la actividad por dichas personas	Encuesta 2009-2010				Encuesta 2002-2003				% de mujeres que realizan la actividad MENOS % de varones que realizan la actividad		Tiempo medio diario de las mujeres que realizan la actividad MENOS Tiempo medio diario de los varones que realizan la actividad	
	Mujeres		Varones		Mujeres		Varones		Encuesta 2009-2010	Encuesta 2003	Encuesta 2009-2010	Encuesta 2003
	% de mujeres	Duración media diaria	% de varones	Duración media diaria	% de mujeres	Duración media diaria	% de varones	Duración media diaria				
Cuidados personales	100,0	11:26	100,0	11:33	100,0	11:21	100,0	11:24	0,0	0,0	-0:07	-0:03
Trabajo remunerado	28,2	6:43	38,7	7:55	25,2	6:51	43,3	8:22	-10,5	-18,1	-1:12	-1:31
Estudios	12,7	5:05	12,5	5:13	14,0	5:09	13,3	5:18	0,2	0,7	-0:08	-0:09
Hogar y familia	91,9	4:29	74,7	2:32	92,7	4:45	70,0	2:08	17,2	22,7	1:57	2:37
Trabajo voluntario y reuniones	14,8	1:51	9,4	2:10	15,1	1:46	9,5	1:54	5,4	5,6	-0:19	-0:08
Vida social y diversión	59,3	1:43	56,0	1:54	67,4	2:09	66,2	2:18	3,3	1,2	-0:11	-0:09
Deportes y actividades al aire libre	36,9	1:40	42,7	2:03	38,1	1:43	42,7	2:12	-5,8	-4,6	-0:23	-0:29
Aficiones e informática	23,9	1:38	35,6	2:05	13,0	1:35	23,0	1:59	-11,7	-10,0	-0:27	-0:24
Medios de comunicación	88,7	2:49	88,0	3:06	86,0	2:28	86,8	2:48	0,7	-0,8	-0:17	-0:20
Trayectos y tiempo no especificado	81,6	1:24	86,8	1:25	81,0	1:21	86,9	1:27	-5,2	-5,9	-0:01	-0:06

De la lectura de los datos de las Encuestas de Empleo del Tiempo se deduce que las mujeres dedican menos tiempo que los hombres a todas las categorías de actividades, con la única excepción de aquellas que tienen que ver con el cuidado del hogar y de la familia<sup>569</sup>. A pesar de que los patrones en el empleo del tiempo de mujeres y hombres parecen estar acercándose, existen diferencias significativas, tanto en el porcentaje de personas de cada sexo que dedica parte de su tiempo a las distintas actividades, como en el tiempo empleado en las mismas.

Las mayores diferencias se concentran en el empleo del tiempo dedicado al cuidado del hogar y de la familia, a las aficiones y la informática, y al trabajo remunerado. De acuerdo con los datos de la última Encuesta de Empleo del Tiempo (2009-2010), el porcentaje de mujeres que empleaba tiempo en el cuidado del hogar y de la familia era del 91,9% y destinaban una media de 4 horas 29 minutos diarios (el 74,7% de los hombres destinaba 2 horas 32 minutos). Por el contrario, el porcentaje de mujeres que destinaba tiempo a las aficiones y la informática era del 23,9%, con una duración media diaria de 1 hora y 38 minutos, y el porcentaje de varones era del 35,6%, con un tiempo medio diario de 2 horas 5 minutos. El 28,2% de las mujeres dedicaba una media diaria de 6 horas 43 minutos al trabajo remunerado; el 38,7% de los varones empleaba 7 horas 55 minutos<sup>570</sup>.

<sup>569</sup> La categoría de "Hogar y familia" está constituida por: actividades culinarias, mantenimiento del hogar, confección y cuidado de ropa, jardinería y cuidado de animales, construcción y reparaciones, compras y servicios, gestiones del hogar, cuidado de niños, ayudas a adultos miembros del hogar y a otras actividades para el hogar y la familia no especificadas.

Fuente de los datos: Encuesta de Empleo del Tiempo. Instituto Nacional de Estadística. Más información en:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25%2Fe447&file=inebase&L=0>

<sup>570</sup> Instituto de la Mujer. Mujeres en cifras. Boletín Estadístico. Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. Número 3. Marzo. 2013 B.p.1.

Aunque sea poco el hombre ha aumentado el tiempo que dedica a las tareas del hogar y familia si se compara la encuesta del 2002-2003 con la de 2009-2010, donde han aumentado un 4,7% del tiempo que dedican a estas tareas, lo que resulta positivo, en la lenta carrera de incorporación masculina al trabajo doméstico.

Los ideales respecto a la maternidad y la paternidad tradicionales se han visto trastocados por el nuevo rol de la mujer dentro de la sociedad, el aumento de su educación ha llevado aparejado mayores oportunidades laborales, se ha roto con el papel tradicional de mujer cuidadora donde se asociaba su identidad con la maternidad, ha disminuido la natalidad y gracias a los métodos anticonceptivos se puede elegir el momento en el que se quiere tener hijas/os. La mujer se cuestiona las prácticas de paternidad de su compañero, las mujeres también son proveedoras económicas en el seno familiar, la dinámica familiar adquiere nuevas y diferentes formas de actuación tanto para la mujer como para el hombre<sup>571</sup>.

Esta situación descrita ha dado lugar a que coexistan varios modelos de paternidad, uno más tradicional junto con otro emergente<sup>572573574</sup>. El modelo tradicional corresponde con una división sexual donde el padre es el proveedor de la familia y la autoridad, y la madre la encargada de las tareas domésticas y el eje afectivo de la familia; en el otro extremo se encuentra el modelo de ruptura, la mujer posee un modelo de vida alternativo a la maternidad y el padre está integrado en los cuidados, no existen rígidas divisiones de roles de género<sup>575</sup>; y entre ambos, están lo que se considera parejas transicionales que combinan los elementos más igualitarios junto con otros tradicionales<sup>576</sup>. Las parejas están experimentando nuevas “*vertientes de interacción, transición y negociación*”, existe una crisis de la masculinidad entendida en el modelo tradicional, los hombres empiezan a cuestionarse los modelos aprendidos y descubren que existen otras posibilidades<sup>577</sup>. La nueva paternidad implica tanto al padre como a la madre con responsabilidades igualitarias, este modelo ideal de ejercicio de la paternidad se enfrenta a limitaciones tanto institucionales como sociales<sup>578</sup>, requiere de una revisión respecto a las creencias, actitudes y preferencias que se manejan en el seno familiar, donde los roles de género se encargaron de diferenciar a quien le corresponde el trabajo remunerado ya quien el familiar<sup>579</sup>. En este sentido las relaciones que tienen lugar en la familia, en el espacio privado, poseen el potencial y la capacidad de influir en el desarrollo de la equidad entre mujeres y hombres, puesto que si se parte de la desigualdad en lo que podemos considerar relaciones básicas que conforman a nuestra sociedad, influirá en el resto de ámbitos de la vida de las personas.

---

<sup>571</sup> Salguero, op.cit., p.55.

<sup>572</sup> Blázquez, op.cit., 2013, p.1360.

<sup>573</sup> González de Chávez A, La crisis de la función paterna, *Mujer y Salud*, 2005; 16: 5-6.

<sup>574</sup> Roca i Girona J, Ni contigo ni sin ti: cambios y transformaciones en los roles de género y las formas de convivencia. En Téllez A, Martínez JE, *Sexualidad, género, cambio de roles y nuevos modelos de familia*, Seminario Interdisciplinar de Estudios de Género del Vicerrectorado de Estudiantes y Extensión Universitaria de la Universidad Miguel Hernández, 2008.p.17.

<sup>575</sup> Puyana, Mosquera, op.cit., p.5-6.

<sup>576</sup> Jurado et al., op,cit, p.41.

<sup>577</sup> Figueroa, Lorena, op.cit., p.12-3.

<sup>578</sup> Jurado et al., op.cit. p.44.

<sup>579</sup> Torío S, Peña JV, Rodríguez MC, Fernández CM, Molina S. Hacia la corresponsabilidad familiar: “Construir lo cotidiano. Un programa de educación parental”, *Educatio Siglo XXI*, 2010;28 (1).p.86.



Aunque se están produciendo cambios que implican al varón en las tareas reproductivas, la evidencia nos muestra que en muchas ocasiones las propias madres son las que refuerzan el proceso de “naturalización” de la maternidad, dando al padre un rol secundario<sup>580</sup>, lo cual es muy negativo si tenemos en cuenta que las mujeres son las que más consecuencias sufren derivadas de la desigualdad aún imperante en nuestra sociedad. Todos los cambios experimentados se encuentran enmarcados en un periodo histórico, y aunque existen diferencias con las épocas anteriores no han sido lo suficientemente profundos como para erradicar aquellas disparidades existentes entre la identidad masculina y femenina, y por tanto, entre maternidad y paternidad<sup>581</sup>. El nuevo modelo de ejercicio de la paternidad y maternidad intenta romper con la “mitificación e idealización de la maternidad”<sup>582</sup>, se presenta como lo alternativo y beneficioso en cuanto que distribuye equitativamente responsabilidades.

Pero no son únicamente las mujeres las que justifican la naturalización de la maternidad, también desde la asistencia sanitaria que se presta con las diferentes recomendaciones que se dan, se establece lo que se considera “buena madre”, donde la lactancia materna y la naturalización de los cuidados en manos femeninas, influyen en las percepciones individuales<sup>583</sup> y repercuten en el reparto entre la mujer y el hombre. La posibilidad de realizar un análisis desde la perspectiva de género nos permite conocer si la asistencia que se presta a estas parejas a lo largo del proceso de nacimiento conlleva a mantener las ideas elaboradas en torno al género que legitiman la discriminación de la mujer.

A pesar de lo anteriormente comentado cada vez más los padres desean implicarse en el cuidado, lo que ocurre es que existen fuertes restricciones para lograr la conciliación y corresponsabilidad<sup>584</sup>, incluso los hombres que desean ser cuidadores son objeto de sanciones sociales y en su lugar de trabajo, lo que ha llevado aparejado como solución que sean las mujeres las que se adapten<sup>585</sup>, esto nos demuestra que aún falta mucho por hacer, no se alcanzará la conciliación si dentro del seno familiar no se llega a la corresponsabilidad.

En la actualidad nos encontramos con que la participación temprana de los padres con sus hijos durante los últimos tiempos ha aumentado, lo cual se asocia a una mejora cognitiva y socio-emocional del desarrollo de sus hijas e hijos<sup>586</sup>, y la evidencia nos muestra que la presencia intensa de los padres con los hijo/as han mostrado que tiene resultados muy favorables para su descendencia y también para los padres<sup>587</sup>. Pero aunque existe un incremento en la presencia del padre durante la preparación prenatal y el parto, en cuanto a lo que sucede después del nacimiento todavía no se reconoce la importancia del rol masculino y

---

<sup>580</sup> Torío S, Peña JV, Rodríguez MC, Fernández CM, Molina S. 2010. Op.cit., p. p.44.

<sup>581</sup> González de Chávez, op.cit.

<sup>582</sup> Torío S, Peña JV, Rodríguez MC, Fernández CM, Molina S. 2010. Op.cit.p.103.

<sup>583</sup> Abril P et al., Decisiones de empleo y cuidado en parejas de dos ingresos en España, DemoSocWorkingPaper, 48, 2012.p.25.

<sup>584</sup> Tomamos como definición de conciliación: *“La conciliación de la vida familiar y la vida laboral como la capacidad de los miembros de una sociedad para hacer compatibles de modo satisfactorio el desarrollo de actividades reproductivas y actividades productivas, de forma igualitaria según el sexo, sin que ello implique costes laborales no deseados por las personas y sin que se vea afectado el reemplazo generacional.”* De la conciliación a la corresponsabilidad: buenas prácticas y recomendaciones, Instituto de la Mujer, Ministerio de Igualdad, 2008.p.81.

<sup>585</sup> Jurado et al., p.46.

<sup>586</sup> Redshaw y Henderson, op.cit., p.1.

<sup>587</sup> Figueroa, Lorena, op.cit.p.9.

su presencia, la evidencia demuestra que los padres demandan que necesitan más información respecto al cuidado de sus hijas/os, se sienten excluidos, ya que la educación respecto a los cuidados postnatales se han dirigido a la madre y el/la recién nacida, sin incluir al padre<sup>588</sup>.

A nivel institucional se pretende trabajar en la adquisición de corresponsabilidad femenina y masculina en el contexto de la familia, existen diferentes iniciativas que quieren involucrar al sector masculino, en relación con nuestro tema de estudio destacan la posición privilegiada que tiene el sistema sanitario como agente con capacidad para poder integrar al hombre en los cuidados de su hijo/a desde el nacimiento, permitiendo la adquisición de responsabilidades tempranas. Romper con la naturalización de los cuidados maternos constituido socialmente se presenta como un gran reto para la sanidad. Debemos tener presente que desde la Educación para la Salud los/las profesionales sanitarias/os tienen acceso a las parejas para promover capacidades y aptitudes masculinas en el terreno de los cuidados, capacitando a las personas para modificar los vínculos en favor de la igualdad y el empoderamiento.<sup>589</sup> En este sentido, la matrona-ón, como agente promotor de salud próxima, cercana y accesible, que acompaña a la pareja a lo largo del proceso vital que les transforma en madre y padre posee un lugar privilegiado de cara a la involucración masculina temprana en el ámbito familiar.

Considerar la paternidad desde la relación del padre con el/la hijo/a y no solo desde la procreación, convierte al hijo en el eje que va a condicionar las actuaciones del hombre, de forma que reorganice su proyecto de vida entorno a la familia<sup>590</sup>, en otras palabras que el padre se implique en el cuidado de su descendencia desde el inicio, va a influir en la formación de la familia igualitaria. Se precisa un nuevo sistema valorativo para que los hombres acepten este nuevo modelo de paternidad, donde la participación sea “compartida, comprometida y responsable” a partes iguales, y las decisiones vinculadas a la reproducción sean compartidas y debatidas entre la ambos miembros de la pareja<sup>591</sup>.

La paternidad se constituye como un elemento clave y una oportunidad para conseguir la igualdad. Como ya hemos visto los padres dedican menos tiempo que las madres a su descendencia, por lo tanto, promover la igualdad en el hogar es un paso clave para lograr una sociedad más equitativa. Además promocionar los modelos de paternidad corresponsables aumentará la posibilidad de que en un futuro los niños de estas familias equitativas serán más ecuanímenes en cuestiones de género<sup>592</sup>. Conocer las experiencias, percepciones y necesidades que los hombres pueden tener en relación con la reproducción nos permitirá cuestionar los supuestos estereotipos alrededor de dicho proceso<sup>593</sup>.

La búsqueda e integración en la sociedad española de la igualdad de género es un tema relativamente reciente, pero a pesar de su relevancia tiene una escasa presencia tanto en el debate público como en los discursos políticos<sup>594</sup>. Lograr la conciliación familiar y laboral en primer término requiere corresponsabilidad en el seno de familia, como podemos observar

---

<sup>588</sup> Frade, Pinto y Carneiro, op.cit., p.51.

<sup>589</sup> López MA, Gutiérrez MC, 2013, Op.cit.p.18.

<sup>590</sup> Mora L, Otálora C, Recagno-Puente I, El Hombre y la Mujer Frente al Hijo: Diferentes Voces Sobre su Significado, Psykhe, 2005; 14(2).p.131.

<sup>591</sup> Salguero, op.cit., p.56.

<sup>592</sup> División para el adelanto de la mujer .El papel de los hombres y los niños en el logro de la igualdad entre los géneros, Naciones Unidas. op.cit., p.22-3.

<sup>593</sup> Salguero, Córdoba, Sapién, op.cit., p.150.

<sup>594</sup> Abril P et al., Op.cit., 2012.p.3.

con los datos que hemos comentado la carga del trabajo recae mayoritariamente en las mujeres, siendo ellas las que acceden a las diferentes medidas establecidas con la finalidad de facilitar el cuidado de las personas trabajadoras fuera del hogar.

Existe legislación en materia de conciliación, sin embargo, nos encontramos con que diferentes medidas que en un principio se establecen para favorecer la participación en la vida pública y privada dependen del sexo de la persona, y por ello, se convierten en determinantes a la hora de establecer tanto la oportunidad para el trabajo como para el cuidado<sup>595</sup>, y esta diferencia la encontramos de forma principal en el permiso de maternidad tras el acceso al mismo con la maternidad biológica, donde la mujer después de las 6 semanas obligatorias establecidas para la recuperación fisiológica tras el parto posee 10 semanas restantes que puede ceder a su pareja, y la diferencia radica en que el acceso al permiso de maternidad y paternidad tras la adopción o acogida tanto el hombre como la mujer, uno de los dos, tendrá acceso a las 16 semanas, pueden disfrutar indistintamente del tiempo, y el hombre no necesita que la mujer se lo ceda.

Por ello consideramos que el problema surge en el caso de la maternidad y paternidad biológica, donde no hay equidad, la posibilidad del disfrute del permiso por el hombre dependerá de la decisión que toma la mujer, la cual está muy influenciada por el contexto sociocultural vinculado a la maternidad. La situación se presenta como compleja, la corresponsabilidad requiere que sea compartida de manera equitativa los cuidados por ambos, pero la legislación española en materia no la promueve, el diseño establecido al respecto en los permisos de maternidad y paternidad no responde a las demandas para alcanzar la equidad real entre hombre y mujeres, puesto que el hombre posee un periodo visiblemente menor que la mujer, y su aumento depende de la cesión femenina.

Total Prestaciones de maternidad Enero-Diciembre 2016	Procesos percibidos madre	Procesos percibidos padre
Total Nacional 278.509	272.821 (97,96%)	5.688 (2,04%)
Total Castilla y León 12.097	11.833 (97,82%)	264 (2,18%)

Tabla elaboración propia.

Fuente de datos: [http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Estadistica/Est/Otras Prestaciones de la Seguridad Social/Maternidad/221415](http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Otras_Prestaciones_de_la_Seguridad_Social/Maternidad/221415)

La igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres pasa por la involucración del hombre en el proceso como sujeto activo, ejerciendo sus responsabilidades, sin embargo, y como nos muestran las cifras, las mujeres siguen siendo, y en mayor medida durante los primeros meses de vida de sus hijos/as las que se hacen cargo de cuidado. En este sentido nos permitimos afirmar que la maternidad se naturaliza cuando se accede a ella de forma biológica, no se equipara legislativamente al caso de la acogida o adopción, se vincula el tránsito del proceso

<sup>595</sup> Pérez R, Serrano N, ¿Responde el diseño de los permisos de maternidad y paternidad en España al presupuesto de corresponsabilidad entre hombres y mujeres?, AIS, 2013; 33.p.48.

de nacimiento en el cuerpo femenino a la idoneidad del cuidado en manos femeninas y el papel secundario del padre, relegando a segundo plano su posición, sin considerar que el inicio de la vida del hijo/a supone un momento culmen en el establecimiento de pautas equitativas en la familia.

Coincidimos con Rocío Pérez y Natalia Serrano<sup>596</sup> cuando afirman que: *“Resulta de dudosa constitucionalidad excluir al hombre de la titularidad de aquellos derechos otorgados para la atención a la familia”*, siendo estas 10 semanas del permiso de maternidad las que pueden ceder por parte de la mujer tras las 6 obligatorias de recuperación fisiológica, donde el uso voluntario de estas 10 semanas se supone como beneficio en la protección de la institución familiar.

Otro punto que parece importante al respecto, lo constituye dentro de la maternidad biológica, el caso de la madre no trabajadora en el ámbito público, puesto que esta no genera el permiso de maternidad y no posee de esas 10 semanas que ceder al hombre, a diferencia de lo que ocurre en la adopción o acogida que se genera indistintamente, y por lo tanto, el hombre trabajador extradoméstico tendrá derecho a ello.

Como conclusión a lo anterior pensamos que nos encontramos lejos de tener una legislación en materia de conciliación de la vida laboral y familiar que realmente sea efectiva y facilite una corresponsabilidad familiar sin cagar a la mujer con el mayor peso de los cuidados, puesto que convertirse en madre y padre como hemos podido comprobar da lugar a que se genere desigualdad en la familia, no dar la misma oportunidad al hombre y la mujer en cuanto al disfrute de permisos remunerados para cuidar a su descendencia perpetua desigualdad.

En este sentido aparecen varios factores vinculantes a la elección femenina en el disfrute de las 10 semanas, entre estas se encuentra la elección de la lactancia materna, donde no podemos discutir sobre su idoneidad en los primeros meses de vida, puesto que sabido es la superioridad de esta respecto a la artificial, pero las mujeres que optan por este tipo de lactancia raramente ceden parte del permiso de maternidad al hombre. Desde los criterios que se defienden en las políticas sanitarias se insta a la instauración de la lactancia materna y el mantenimiento en exclusiva durante 6 meses y preferentemente hasta los 2 años de vida de niño/a, este tipo de políticas son totalmente incompatibles con el reparto equitativo del tiempo que se dispone para el cuidado del permiso de maternidad entre mujer y hombre, lo cual da lugar a que debido a criterios fisiológicos acabe siendo la mujer la que disfruta de ese tiempo y con ello se convierte y naturaliza los cuidados en femenino.

En la actualidad la solución es difícil, según están distribuidos los permisos seguirá siendo la mujer la encargada de los cuidados, y la solución pasaría por permisos de maternidad y paternidad equitativos, puesto que a excepción de lactar, el resto de tareas asociadas al cuidado de los/las bebés podrán ser ejercidos por el hombre junto con las tareas domésticas.

Todo ello ha generado que la situación sea especialmente crítica en el caso de la mujer, ya que ambos campos vida laboral y familiar permanecen activos, no se sustituyen uno por el otro y mantienen una relación de tensión y contradicción, donde culturalmente se ha creado el ideal que exige a la mujer el desarrollo tanto laboral como familiar, pero sin que la asignación tradicional de roles e identidades de género hayan desaparecido, el trabajo familiar no se

---

<sup>596</sup> Pérez R, Serrano N, Op.cit., 2013, p.12.

distribuye de forma neutra en la pareja, y la mujer sigue siendo la que se lleva la mayor carga<sup>597</sup>. Esta situación de división sexual del trabajo da lugar a que surja una reclamación de los derechos de conciliación de la vida familia-laboral<sup>598</sup>. Estos derechos se van a concretar en diferentes normas jurídicas donde el Estado juega un papel estratégico en la regulación del conflicto trabajo-familia<sup>599</sup>. En la Ley de Igualdad se contempla como derecho la conciliación de la vida personal, familiar y laboral, y se fomenta la corresponsabilidad entre el hombre y la mujer en la asunción de las obligaciones familiares<sup>600</sup>. Las distintas medidas de conciliación consideradas por la ley, y reguladas por el Estatuto del Trabajador<sup>601</sup> para aquellos que se encuentran empleados en el sector privado, y Estatuto Básico del Empleado Público<sup>602</sup> en caso de la administración pública no han conseguido corregir la desigualdad entre hombre y mujer.

---

<sup>597</sup> Rivero A, Del Corral A, Conciliación de la vida familiar y la vida laboral: situación actual, necesidades y demandas: informe de resultados, Instituto de la Mujer, Ministerio de Igualdad.2005.p.9.

<sup>598</sup> *Ibid.*, p.10.

<sup>599</sup> *Ibid.*, p.11.

<sup>600</sup> Ley Orgánica 3/2007, de 22 de Marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE núm 71, de 23 de Marzo de 2007.

<sup>601</sup> Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. BOE núm.75.

<sup>602</sup> Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público. BOE núm.89.

## **CAPÍTULO II: ACERCAMIENTO AL ESTUDIO DEL PROCESO GESTACIONAL**

*“La cultura de las mujeres, frecuentemente en beneficio de los hombres y los niños, es activa: las mujeres han sido verdaderamente activas en todas las culturas, sin ellas la sociedad humana hubiera perecido hace mucho tiempo.”*

Adrienne Rich<sup>603</sup>

## **1. PRIMER ESTADÍO: PERCEPCIÓN DEL RESULTADO POSITIVO DE EMBARAZO.**

### **1.1. CONOCER QUE SE ESTÁ ESPERANDO UN HIJO O UNA HIJA**

Saber que en un futuro próximo tu vida va a tomar un rumbo totalmente diferente produce en las parejas tanto en la mujer como en el hombre, una serie de reacciones emocionales que oscilan entre la alegría absoluta hasta el miedo, consecuencia de la incertidumbre que provoca cualquier situación nueva para una persona.

La ambivalencia de emociones por las que pasa la pareja a lo largo de los primeros momentos desde que conoce la noticia del embarazo, refleja la complejidad latente para ambos que acompaña el transcurso del viaje hacia la maternidad y paternidad. El embarazo se debe observar como una situación que no solo afecta a la mujer, sino también a su pareja y entorno inmediato, teniendo presente que el mayor o menor grado de aceptación del embarazo por el entorno de la gestante va a reforzar o no la tendencia de la mujer hacia la maternidad<sup>604</sup>. Numerosas publicaciones exploran los aspectos fisiológicos y sociales implícitos en el embarazo, pero aquellos en los que se incluye la esfera psicológica son escasos<sup>605</sup>.

Preguntar directamente a las parejas como se sintieron en el momento de conocer la noticia del embarazo, y por tanto, de su próxima maternidad y paternidad se precede en muchos de los relatos de un silencio previo de reflexión que antecede un discurso cargado de emociones sinceras. El nacimiento de un/a hijo/a es uno de los principales acontecimientos de la vida tanto masculina como femenina, se convierte en una experiencia exigente para ambos, y los padres también precisan apoyo<sup>606</sup>, es uno de los acontecimientos vitales humanos más

---

<sup>603</sup> Rich A, Sobre mentiras, secretos y silencios, Horas y Horas la editorial, 2010; p.17.

<sup>604</sup> Bezerra MGA, Cardoso MVLML, Factores interferentes no comportamento das parturientes: enfoque na Etnoenfermagem, RevBrasEnferm, 2005; 58(6).p.700.

<sup>605</sup> Arnau J, Estudio exploratorio de la Humanización en la Atención Perinatal de la mujer del Área I de Salud de la Región de Murcia, Tesis Doctoral, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, 2012; p.449.

<sup>606</sup> Elmir R, Schmied V, A meta-ethnographic synthesis of fathers' experiences of complicated birth that are potentially traumatic, Midwifery, 2016;32.p.66.

significativos, y está cargada de un fuerte potencial positivo y enriquecedor<sup>607</sup>, tanto masculino como femenino. El sentimiento positivo precede en gran medida a los relatos de preocupaciones y miedos, dentro del contexto de embarazo deseado. Cabe destacar que de las 15 parejas entrevistadas, solo 2 se encuentran con un embarazo no deseado, el cual es aceptado y pasa a ser deseado; otra de las parejas que “ni lo busca, ni lo evita”, y el resto de las parejas deseaban ser madres y padres, encontrándonos con alguna pareja que solicita la ayuda de las técnicas de reproducción asistida para lograr la gestación.

La alegría relatada por las/los informantes expresa la consecución de un objetivo buscado, el embarazo, al cual le precede un sentimiento que califican de “miedo” al hacer frente a una etapa desconcertante para ambos, por el desconocimiento de la misma, la toma de conciencia de las nuevas responsabilidades. Para la figura masculina el proceso por el cual se convierten en padre le lleva a experimentar cambios, es un momento que le supone un gran impacto, situación que le lleva a replantearse su estilo de vida<sup>608</sup>. Esta ambivalencia se encuentra presente tanto en el discurso de las mujeres como en el de los hombres, como muestran los relatos:

*“(...) bueno al principio mucha alegría por supuesto, pero que sí, un poco pues la responsabilidad que tienes, el afrontar las dudas, si seremos capaces de criarlo o no, yo creo que eso.” (Hugo)*

*“(...) pues muy feliz, muy feliz, era lo que queríamos, fue muy rápido y muy feliz, muy, una noticia genial, sobre todo fue alegría, el miedo lo tenía antes de quedarme embarazada.” (Elisa)*

*“Muy ilusionada la verdad, si, yo tenía muchísimas ganas, más que él, y no se fue una..., queda feo decirlo pero es como un sueño hecho realidad, sabes, que es una, una idea que tu tenías de formar una familia y todo eso, y a mí sí, me, me encantó.” (Sofía)*

El miedo, la preocupación por todo lo que precede al proceso de nacimiento, por la futura nueva situación, por el cambio que va a sufrir su vida, es remarcado constantemente en los relatos de las experiencias de las parejas, y en particular en la mujer, donde el proceso de nacimiento de un/a hijo/a como refiere Adrienne Rich<sup>609</sup> supone para la mujer una experiencia física y emocional “por demás intensa”, donde se experimentan cambios físicos y también de carácter.

*“um... a ver, lo llevaba buscando un tiempo y estaba deseando pero en el momento que me enteré, como no me lo esperaba, porque me dio un test negativo en casa, fui al*

---

<sup>607</sup>Velho MB, Santos EKA, Collaço VS, Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram, Rev Bras Enferm, 2014 mar-abr; 67(2).p.283.

<sup>608</sup> Maldonado-Durán M, Lecannelier F, El padre en la etapa perinatal, PerinatolReprodHum., 2088; 22.p.150.

<sup>609</sup>Rich, A, Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución, Madrid, Cátedra, 1996. p.77.



*médico por el retraso y allí me dijeron que estaba, fue como un poco "¡ay qué miedo, ahora sí que sí!" (Risas), nada pero muy contenta, muy contenta, sí."* (Pilar)

Las incertidumbres iniciales de las parejas se repiten y siempre está presente "el cambio", en este momento, cuando son conscientes de la modificación que va a sufrir sus vidas hace que mediten o se planteen cuál es su situación personal, y como se va a ver afectada. Pero son las mujeres entrevistadas las que realmente relatan ese "miedo" al futuro cambio de su vida.

*"(...)y en el momento en el que decidimos ir a por el bebé y tal, y ya me enteré de que estaba embarazada, ese momento dije "¡que contenta, pero, ah que miedo, mi vida laboral, ay ahora, todo lo que tenía pensado hacer, seguir formándome, um, yo que sé, meterme de lleno en una profesión, todo esto, yo soy consciente de que va a estar aplazado, porque para mí ahora mismo es más importante el bebé claro!".* (Verónica)

*"Hombre, te surgen, te surgen muchísimos miedos, ya no solo del desarrollo del embarazo, que yo, bueno, tiendo a ser optimista y a pensar que todo va ir bien, pero también de "¡Dios mío a ver cómo voy a poder llevar esto!".* (Adriana)

Los miedos relatados se relacionan con los cambios de estilo de vida, de roles, en definitiva, todo lo que supone la maternidad y paternidad, que se tratará con más detenimiento en otro apartado. El desarrollo o evolución del embarazo comienza a formar parte de sus incertidumbres tras hacer esta valoración previa sobre su momento vital. Esta actitud se corresponde con lo que dice Adrienne Rich<sup>610</sup> al hablar del miedo que aparece en las mujeres durante la gestación: *"Existe otra clase de miedo que parece más elemental: el miedo al cambio, a la transformación, a lo desconocido. El embarazo puede experimentarse como la extinción de un ser anterior"*, el embarazo y el parto nos anuncian el cambio de vida posterior, donde se modifican las esferas profunda, trivial, de la persona cambian las prioridades y se hace un viaje desde lo conocido hasta el momento hacia algo totalmente extraño, lo cual no es un proceso sencillo.

En el caso de las parejas que tuvieron dificultades para conseguir el embarazo, algunos han recurrido a las técnicas de reproducción asistida para lograrlo, los miembros de estas parejas reciben la noticia del embarazo con mucha alegría pero siempre desde el "respeto", debido a las dificultades que han encontrado por el camino hacia la consecución de la gestación. Esta alegría inicial que les invade se encuentra velada por el "miedo" que refieren sentir hacia la buena evolución de la gestación, estas parejas tienen presentes las complicaciones previas y sienten la consecución de un objetivo mutuo, donde la incredulidad está presente:

*"(...) después de todo un poco la emoción, luego también sabes lo que pasa que cuando es un embarazo tan deseado y tal, el miedo es constante."* (Claudia)

*"(...) todo alegrías, llevábamos 2 años intentándolo, sabes, pues, que fue por fecundación, no sé si lo sabías. Bien, después de 2 años sabes, cuando llega y te dan la*

---

<sup>610</sup> Rich, op. cit. 1996;P.249.

*noticia de que ya por fin dices “ ¡joder, bueno menos mal!”, claro, porque primero tienes miedos de que no valgas o eso(...).”(Andrés)*

*“Pues mucha alegría, la verdad es que es mucha alegría, porque después de todo lo que habíamos...(Silencio)” (Isabel)*

*“Eh... no me lo creía,(risas) al principio no me lo cría, y bueno, luego sí, luego un poco de ... de respeto”. (Nuria)*

*“Eh, al principio mucha alegría, los miedos ahora, (risas), pero al principio mucha alegría, y no me lo, no nos lo creíamos.”(Juan)*

Una de las matronas informantes durante el transcurso de la entrevista relata como desde su experiencia personal percibe un gran cambio en la vivencia de las parejas durante el proceso de nacimiento, esta situación que ha observado lo atribuye a la dificultad en la consecución de los embarazos y la edad avanzada de las mujeres y hombres que acceden a la maternidad y paternidad, situación que lleva a extremar la valoración del embarazo unido a una gran preocupación durante la evolución de la gestación. Desde este punto de vista coincide con los relatos de las parejas descritas con anterioridad donde emerge ese “respeto” vinculado al proceso fisiológico gestacional.

*“(...)todo eso va unido a que la mujer ahora cuando se embaraza valora mucho más el embarazo, porque le ha costado mucho embarazarse, algunas económicamente, a otras tiempo, a otras eso, y que sabe que se le está acabando el arroz, de tal manera que, que tiene una vida, le queda una vida, um, fértil muy pequeña, entonces, puede tener un hijo o a veces dos, pero muy pocas veces, es decir, muy pocas veces puede tener la opción de tener los hijos que quiere, entonces, que ocurre, pues que son niños mucho más valorados, entonces estoy embarazada, y entonces, ya claro que me vuelvo, puff, super fanática, y super agobiada, y super preocupada, y entonces, quiero casi que me tengan en una urna, que me vean todos los días hasta que salga mi hijo, para que me digan que tengo un hijo , un hijo sano, porque me asusta muchísimo, porque me costado ha mucho embarazarse.”(Lara)*

Otro tipo de reacción observada en las parejas entrevistadas se corresponde con aquellas que no buscaban el embarazo, no era un embarazo deseado, lo que provoca en ellas unas reacciones iniciales donde destaca el “shock” ante la noticia del embarazo, ya que la nueva situación no se contemplaba dentro de los planes de vida, y por lo tanto, trastoca su realidad. Estas parejas tras este instante de incertidumbre inicial, después de madurar la nueva situación y hacer una valoración personal, se encuentran con la aceptación del embarazo, y pasan por las fases de ambivalencia emocional ya descritas por el resto de las parejas que van desde los momentos de alegría y felicidad al miedo y la preocupación.

*“Pues... bueno en el momento, porque no fue buscado, entonces, como un shock (...). Pero claro una vez que pasan esas horas y lo asimilas, dices: ¡ya está, y ahora que no pase nada , porque ahora lo quiero, o sea, es como... de miedo, claro de algo nuevo, y*

*luego pues encantados. Casi en el mismo día, entonces, claro cambias totalmente al polo opuesto, a decir "¡ah bueno pues guay!", y ya cuando pasan, un poquito de tiempo es como: "¿porque no lo hemos hecho antes, o sea, esto no podíamos esperar más?", o sea si, algo así."*(Julia)

*"Me asusté, si, o sea, sí, nos pilló, de...fue un embarazo sin quererlo.*

*Investigadora:¿y por qué, porque te asustaste, eh, que se te pasaba por la cabeza?*

*Pues claro, es algo que piensas a un futuro y de repente un día, pues por la mañana, me dice "oye que tengo problemas, que hay esta posibilidad", y ya es como "¡coña, ¿Qué pasa aquí?!", y ya por la tarde pues cuando ya nos enteramos de que si, pues, ¡ostia!, si, te asustas porque no te lo esperas claro, y dices "¡coña, esto que es algo que tienes planeado para dentro de 2, 5 años o los que sea, y como que te viene de golpe y se te viene un poco todo encima!"; pero bueno, al día siguiente yo creo que ya, ese día estas así un poco difícil, pero al día siguiente cuando hablas con tu pareja y dices " ¡esto pa´ adelante que sí!", pues encantado claro ,muy bien, y luego muy bien."* (Pedro)

*"um, si, bastante miedo, preocupación porque no me lo esperaba, entonces pues no me cayó muy bien, risas."* (Lucía)

*"A ver yo no lo tenía dentro de los planes tan pronto tampoco, pero que vamos, o sea, que lo asimilo creo que un poco mejor, o sea luego sí que me vino como más, yo estaba más contento creo, después, sí."* (Álvaro)

Conocer que su futuro próximo va a sufrir un cambio no contemplado dentro de su planificación de vida descoloca a las parejas, y tras ese choque inicial, comienzan a replantearse su situación como el resto de parejas para las que el embarazo era un objetivo que si estaba presente dentro de su trayectoria vital.

## **1.2.CAMBIO PERCIBIDO POR LA PAREJA DURANTE EL EMBARAZO**

Desde que la pareja conoce que está esperando un/a hija/o, y de forma fundamental la mujer, van a experimentar una serie de cambios que modificarán la situación personal de las mujeres en todas las esferas que conforman su vida: psicológica, emocional, laboral, social... Gran parte de esos cambios son consecuencia de las modificaciones físicas que sufre el cuerpo femenino durante el embarazo, las cuales son ampliamente observadas, nombradas, tratadas, tanto desde la asistencia sanitaria, como del entorno social y cultural de la mujer embarazada, pero tras realizar las entrevistas destaca el cambio mental que acontece al nacimiento de un/a hijo/a y no es tan analizado como el físico, no se le da tanta importancia, y sin embargo, este cambio o transformación mental es excepcionalmente relevante en el caso de las mujeres embarazadas. El embarazo supone una explosión de sentimientos en la pareja, es un periodo

de transición donde ambos se preparan para la adquisición de los nuevos roles, se involucran de forma física y emocional durante el periodo gestacional.<sup>611</sup>

*“(…), que puedo destacar, no se es una época de, sobre todo destaco los cambios, los cambios mentales, emocionales, eh que sufres como una transformación progresiva, es muy, es muy, un estado de muchísima felicidad y parece que todo lo que si sientes se concentra en esos meses todo, y es un estado, y es verdad que es de esperanza, es, es un momento, para mí fue muy feliz.” (Elisa)*

Que en el interior de sus cuerpos está creciendo una nueva vida con las consiguientes modificaciones físicas hace que la mujer experimente una serie de cambios psicológicos que preceden a su próxima maternidad. Las mujeres entrevistadas refieren intentar que el embarazo modifique lo menos posible el transcurso de su vida cotidiana, siendo este uno de los aspectos que más le preocupa, intentar no reducir o modificar su ritmo de vida.

*“(… )no he disminuido mi ritmo para nada, o sea estoy a tope, trabajo, por la tarde inglés, de todo, entonces claro creo que el embarazo es como una gripe y pretendo intento seguir al mismo nivel, a lo mejor tenía que haber relajado.(…) lo hemos tomado en vez como algo excepcional eh, con mucha felicidad pero hemos seguido nuestra vida normal , si lo más posible.”(Verónica)*

*“(…) lo que es el embarazo en si a mí me ha dejado hacer todo lo que he querido, claro a lo mejor bueno, pues eh… he cambiado pues el tener que estar ya pensando en que 9 meses vas a tener a una personita, pero que me haya limitado a mí, yo no haya hecho algo que quisiera hacer, no, a mí no.” (Nuria)*

Las profesionales sanitarias entrevistadas reconocen la importancia de la esfera psíquica durante el proceso de embarazo, pero admiten como desde el punto de vista asistencial a esta parte no se le da la transcendencia que requiere consecuencia del modelo asistencial al nacimiento, donde la inclusión del apartado psicológico difiere en función de cada profesional que de forma individual lo integra o no durante los encuentros asistenciales con las parejas.

*“Desde el control de la gestación, um, yo, yo creo que, buff, que es como muy personal, hay tanta diferencia de unas matronas a otras, que es como algo, no, no que este protocolizado y que se haga siempre así y todas igual, si no que depende de las persona que te toque hay unas que son mucho más cercanas y trabajan mucho más, eh a la embarazada y el control del embarazo , personalizándolo con ella, y hay otras que no, que es un, vamos, un mero trámite, se hace justo lo que pone el ese, “que tengo que hacer rellenar la cartilla del embarazo, pues la relleno, eh tomarle la tensión, pues se la tomo, eh darle las clases de preparación al parto, pues le pongo una, una cinta y yo me voy a, a fumar un cigarro mientras y luego eso”. Que te lo cuentan las embarazadas cuando vienen, o sea, hay una diferencia muy grande de unas personas a otras, yo creo*

---

<sup>611</sup>Perdomini FRI, Bonilha ALL, A participação do pai como acompanhante da mulher no parto, Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 ; 20(3): 446.

*que algunas sí, son, les llegan más, son, yo creo que trabajan más con ellas lo que es la, la atención personalizada en el embarazo, y hay otras que no, que es muy lejano, muy distante.” (Lara)*

*“(…) no se toca en general el aspecto psicológico en una persona embarazada y no embarazada, no, no existe.” (Carmen)*

*“Yo creo que a cuanto a pruebas, yo creo que lo que no contemplaba es otro tipo de necesidades de las mujeres, eh, mucha ecografía, analítica, eh, la de la diabetes, el Sullivan no sé qué, pero, pero no se preocupan de más allá, de necesidades sociales, de necesidades afectivas, eh, esos, eso no existe esta ahí apartado (…).” (Carmen)*

Esta situación particular da lugar según refieren Gabriela y Macarena, matrona y ginecóloga asistencial respectivamente, a que las parejas que quieren integrar este aspecto dentro del proceso gestacional cuando no lo encuentran dentro de la asistencia que se le presta en la Sanidad Pública lo busquen fuera del modelo asistencial.

*“No, de hecho creo que todos, excepto excepciones que se hagan individualmente, no te, no te preguntan, de hecho la gente que necesita, si quieren ahondar más en los aspectos psicológicos del embarazo se buscan otros profesionales, todo lo que busquen fuera del sistema sanitario es porque no lo encuentran dentro de él, cosas distintas.” (Gabriela)*

*“(…)y luego siempre pues eso el ginecólogo privado que les lleva y les da una, a lo mejor una asistencia un poquito más personalizada, de “mira la carita”, un poco más del contexto emocional que lleva el embarazo así, más que, pero el seguimiento al final es el mismo.” (Macarena)*

Son las modificaciones físicas las que dan pie a las mujeres embarazadas a modificar sus estilos de vida, lo cual llega a influir no solo físicamente sino también psicológicamente, como refiere uno de los hombres entrevistados, al hablar sobre los cambios durante el embarazo resalta como las limitaciones físicas afectan al estado psicológico de su pareja *“(…)pues sí que se notaba un poco más así, como ella más eh, deprimida por eso, por no poder hacer lo que quiere” (Álvaro)*. Los cambios experimentados por la gestante son percibidos por las mujeres como *“irreversibles en sus cuerpos y su mente, de forma que el futuro como “mujer” será marcado por este acontecimiento: el embarazo.”<sup>612</sup>*

Para los hombres saber que la paternidad se encuentra en un futuro inmediato les hace que desde el embarazo se empiecen a plantear su vida, y como relata uno de los informantes, considerar el embarazo como el momento de inicio del cambio de estilo de vida. Los resultados de otros estudios relacionados con el tema destacan la “ambivalencia de

---

<sup>612</sup>Rich, op. cit., 1996; p.46.

sentimientos” que experimenta el padre durante la gestación, los cuales son consecuencia de los cambios a todos los niveles, y que comparte con su pareja<sup>613</sup>.

*“Si, quieras o no un poco te modifican, te hacen ponerte un poco las pilas en el día a día, en ser más ordenado, en cumplir más y sobre todo tienes que estar pues, en el sentido de... a lo mejor antes eras más dejado y ahora piensas más que ya no es por ti ni por tu pareja, sino que, que todo esté más o menos correcto cuando él llegue y tal, entonces si te modifica, claro que te modifica.”(Julio)*

Ser partícipe del embarazo, de su progresión, da lugar a que el hombre comience a integrar la nueva próxima paternidad, ejerciendo de sujeto activo y participe del mismo desde el inicio del proceso, como refiere Juan: *“Andamos con la cabeza un poco más así, un poco a pájaros los dos (...)”*, lo cual también implica para ellos una transformación mental.

En el periodo gestacional los hombres se preparan psicológicamente para adaptarse a la nueva situación, aceptando la nueva identidad que van a adquirir con el nacimiento de su hija/o y se enfrentan a la ambivalencia que les supone el embarazo<sup>614</sup>. Entre los cambios que sufre el hombre durante el embarazo de su pareja se encuentra el cambio de comportamiento hacia la mujer, durante el embarazo aplican en mayor o menor medida algún tipo de “cuidado especial” o diferente que no tenían en cuenta antes, y con los cuales pretenden proporcionar bienestar a sus parejas, llegando a adquirir una actitud de protección hacia la mujer embarazada. Proporcionar atención y cuidados a la pareja se convierte en una oportunidad que tienen los hombres para sentirse partícipes del embarazo de su pareja.

*“(...)hombre intentas estar más pendiente, más, hacer más cosas juntos, más, que se vea un poco más respaldada, porque claro para ella es complicado.” (Pedro)*

*“ (...) cuando estás en casa procuras hacer tu cosas, siempre normalmente lo chicos entre comillas ,no siempre, no quiero que sea machista, hacemos las labores un poco más físicas en una casa, pero ahora todavía un poco más, (...), por lo menos en lo que puedes que es tema físico ayudarla o tal, o complacerla, y quieras o no, yo por lo menos intentas que sea feliz, porque no sé, crees, o es un pensamiento interno, crees que cuanto más feliz este ella mejor va a estar el niño también, es como ya que piensas, ya empiezas a pensar en 3, no en 2, ya piensas como que todo lo que ella esté a gusto va a estar el, o por ella, vamos lo que venga, entonces creo que, que haces, yo por lo menos en ese sentido, en lo físico ayudarle y luego en lo mental que esté a gusto, que no se preocupe”. (Julio)*

Este tipo de actitud forma parte del profundo cambio que sufren con la paternidad, donde el hombre abandona el papel tradicional de padre ausente y reclama mayor protagonismo de sus hijos/as en sus vidas en consonancia con la madre, lo cual precisa de un acompañamiento

<sup>613</sup> Calderón NM, Ruiz CH, La gestación: periodo fundamental para el nacimiento y el desarrollo del vínculo paterno, Av.enferm, 2010; 28(2).p.93-4.

<sup>614</sup>Romeu M, Morilla MT, Fernández J, Uno más en la maternidad. Relato biográfico de la vivencia masculina del embarazo y puerperio, Arch Memoria, 2015; 12(4).

masculino desde el inicio de la gestación, y como refiere Julio cuidar a su pareja le hace sentir que cuida de su futuro hijo, de este modo el padre no tiene que esperar al nacimiento para establecer su vínculo, sino que comienza desde el embarazo, mediante el acompañamiento y apoyo a su pareja desde el inicio de la gestación, ya que ellos también viven los cambios físicos que se van produciendo en su pareja durante la gestación, comparten la ansiedad y las expectativas durante el proceso, aunque lo hacen desde el papel de un observador externo<sup>615</sup>.

### 1.3.ELEMENTOS QUE VALORAN LAS PAREJAS CUANDO DECIDEN ACCEDER A LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD

El momento en el cual las parejas deciden que quieren ser madre y padre, es un momento de reflexión donde se valoran diferentes elementos, ambos se replantean *“una serie de condicionantes personales, socioeconómicos, interpersonales y temporales”*<sup>616</sup>, los cuales consideran unos requisitos previos para poder acoger al su futuro hijo/a y formar una familia.

En el caso del embarazo deseado y planificado, ambos miembros de la pareja realizan una valoración acerca de los diferentes factores que componen su vida, piensan tanto en los aspectos positivos como negativos que conlleva convertirse madre y padre, entre los que se encuentran la situación económica, la carrera profesional, sus empleos, la estabilidad en la pareja y la edad de ambos, lo que pretenden es conocer cuál es el momento en el que se sitúa el nacimiento de su futura/o hija/o en su trayectoria vital.

*“(...)llevamos mucho tiempo viviendo juntos, llevamos 12 años ya juntos, o sea que mejor madre para mis hijos que ella no voy a tener, entonces, pues bueno estábamos asentados, económicamente llevamos mucho tiempo trabajando los dos, o sea que, que estábamos preparados para serlo.”*(Lucas)

Varias de las mujeres informantes cuando relatan su experiencia aluden a que les había llegado el momento en el cual querían ser madres porque así lo indicaba su “reloj biológico”:

*“Pues tuve en cuenta que tenía la pareja perfecta, que estábamos bien, y que había llegado mi reloj biológico (...)”*.(Sofía)

*“Pues sobre todo mi edad, ya pues tenemos el reloj biológico las mujeres, y luego pues que, sobre todo la edad, porque laboral, tal y como está la situación en el mercado pues, él tiene un contrato indefinido, pero no nos da una garantía (...)”* (Sara)

La alusión al “reloj biológico” es únicamente femenina dentro de los relatos de las mujeres que se han entrevistado, los hombres no se plantean esta cuenta atrás, ni sienten la presión social de acceder a la paternidad a medida que cumplen años. La edad de la mujer aparece como un elemento recurrente entre las parejas en el momento de decidir ser madre y padre,

<sup>615</sup> Ramírez H, Rodríguez I, Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofilial. Revisión bibliográfica. *Matronas Prof.*, 2014; 15(4): e2-e5.

<sup>616</sup> López AB, López MD, Linares M, Emotional state of primigravid women with pregnancy susceptible to prolongation, *Invest Educ Enferm.*, 2015; 33(1).p.97.

en sus narraciones refieren como consideran la edad un elemento clave en su decisión, por ejemplo Nuria dice *“Hombre si, ya es el momento, (risas), si , si o sea, a ver yo creo que también ya... creo que tengo una edad, que bueno pues, pues ya es una edad madura para poder creo que afrontar, bueno que intentare hacerlo lo mejor posible.”* O Julio dice: *“(...)voy a ser sincero no quería ser su abuelo, es que es verdad si no mentiría, la edad a tirado también.”* Este tema también es mencionado en el transcurso de las entrevistas realizadas a las profesionales sanitarias, en las cuales hablan de la “edad femenina” como uno de los elementos decisivos que las parejas plantean y como en ocasiones este factor conlleva a que vivan los embarazos como un proceso híper valorado:

*“(...)todo eso va unido a que la mujer ahora cuando se embaraza valora mucho más el embarazo, porque le ha costado mucho embarazarse, algunas económicamente, a otras tiempo, a otras eso, y que sabe que se le está acabando el arroz (...).”*(Lara)

Las parejas también hacen una valoración sobre su situación en el marco económico, valoran su empleo, lo cual es importante a la hora de determinar la ocasión oportuna para embarcarse en la maternidad y la paternidad, pero no es decisivo consecuencia como mencionan de la compleja situación económica-laboral actual, ya que llegar según refieren a tener una situación económica ideal desde su punto de vista es difícil para las parejas entrevistadas. Adriana enumera los diferentes aspectos que evalúa, el inconformismo actual para considerar una situación ideal para acoger a un nuevo miembro en la familia, en su caso particular le lleva a plantearse su edad como el elemento decisivo para acceder a la maternidad.

*“Puf, pues la edad. O sea, se está muy bien sin tener hijos , entiéndeme, o sea, y lo vas dejando pasar, y lo vas dejando pasar, y ya llega un momento que abres los ojos y dices “eh tengo 35 años o ya o nada”, entonces, yo creo que valoré, porque siempre te dicen que nunca es el momento adecuado y a mí nunca me lo parecía, porque primero hasta que tengas un trabajo estable, cuando tienes un trabajo estable, hasta que tengas tu casa, y cuando tienes la casa hasta que la tengas un poco llena, y cuando..., sabes, y ahí te vas acomodando y a mí es lo que me ha pasado, sabes, y llevo bastantes años con mi pareja y no sé qué, y ya dices es que... si porque como suelen decir, se te pasa el arroz (risas)”. (Adriana)*

En relación a la dificultad percibida por parte de las parejas para tener “un momento ideal” para acceder a la maternidad Elisa repite como desde su punto de vista la situación económica nunca llega a ser buena: *“(...)valoramos el momento personal e individual de cada uno, la, el momento económico sobre todo, y nunca fue bueno, o sea, nunca fue ideal, pero es que yo creo que nadie tiene un momento ideal económico, pero es que te planteas “sigo adelante y digo venga fuera todo o no tienes hijos”, y no sé, sobre todo esas dos cosas, el momento personal con la pareja , contigo mismo y el económico.”* A pesar del gran cambio que supone tanto para la mujer como para el hombre el nacimiento de un hijo/a, tras el análisis de los discursos de las parejas, el elemento decisivo que más importancia tiene para ellas, y sobre todo en el caso femenino, se presenta la “edad” como argumento principal para animarse a ser madre y padre.



Pero la decisión de acceder a esta nueva etapa no solo depende como ya hemos visto de la edad, o la situación económica, también aparece la estabilidad de la pareja y la necesidad de dar un paso más o avanzar en su relación con el proyecto en común de tener descendencia, Andrés se refiere a su decisión hablando de todos estos elementos, incluso menciona su edad aunque no sea en primer término: *"(...)a ver ya tenemos, la vida medio resuelta y tal, llega un punto que necesitas también tener algo más ahí, sabes, sabes, que dices: "¡ostia, y quiero tener, creo que ya estoy preparado para tener, para ser capaz de dar..., o sea ya soy capaz de generar una vida más, y creo que soy capaz de, ya me veo capacitado!", y a parte ya, si yo ya soy mayor, que ella tiene 31, pero yo tengo 40. (Risas)".* (Andrés)

La situación legal dentro de la pareja no es un elemento que hayan valorado para tomar la decisión, algunas parejas entrevistadas tienen formalizada su relación, se encuentran casados o son pareja de hecho, pero nos encontramos con otros que son pareja, conviven desde hace tiempo y se deciden a tener hijos/as aunque no haya papeles legales que verifiquen su relación, el resto de factores prevalece sobre si son matrimonio, pareja de hecho o simplemente pareja, lo cual es un cambio que rompe con la idea tradicional que durante mucho tiempo se ha mantenido en nuestra sociedad, donde los hijos se tenían dentro del matrimonio, y hacerlo antes de legalizar la relación no era bien aceptado desde el punto de vista social.

*"Lo de casao o no casao es lo de menos, pero bueno, por ejemplo sí que los dos tenemos trabajo, una estabilidad económica, nuestra casa, entonces bueno, a ver yo desde mi punto de vista si hubiéramos estado sin trabajo sin nada, eh yo no me pongo a tener un hijo, o sea o a intentarlo, yo no, vamos. Sí que el día de mañana te puede cambiar la vida y se puede torcer, pero ahora si estamos estables en nuestra casa, llevamos muchos años viviendo juntos, eh yo que sé, tenemos trabajo los dos, entonces bueno no era mal momento, no."* (Marisa)

En la actualidad las dificultades laborales que tienen las personas jóvenes hace que sea complicado tener un momento ideal de estabilidad económica, es uno de los factores que lleva a las parejas a posponer el momento de ser madre/padre, lo que hace que la edad sea el elemento definitivo o clave que les lleve a tomar una determinación: *"(...) yo he querido ser madre muchos años, y siempre lo hemos pospuesto por no tener un trabajo fijo, porque no tenemos un piso comprado, por tal, por cual, y al final hemos dicho "siempre hay pegas para criar un hijo(...)".* (Pilar) Los resultados extraídos del análisis de datos coinciden con otros estudios relacionados con la materia donde las parejas anteponen tanto la finalización de estudios, la estabilidad tanto dentro de la pareja como económica, ante la decisión de ser madre y padre<sup>617</sup>.

#### **1.4. INFLUENCIA DEL ENTORNO EN EL TRASCURSO DEL EMBARAZO**

---

<sup>617</sup> Alemida NAM, Medeiros M, Souza MR, Perspectives of normal delivery pain of primigravid During the antenatal period, Text Context Nursing, Florianópolis, 2012; 21(4).p.825.

*“Las mujeres participan diferencialmente en la reproducción global de la sociedad y la cultura, y lo hacen con la reproducción de los particulares en procesos que ocurren como reposición cotidiana de condiciones vitales. Al hacerla, las mujeres reproducen relaciones sociales y políticas, instituciones, espacios materiales y culturales de vida. Las mujeres contribuyen a la reproducción de modos de vida y de concepciones del mundo particulares, es decir, de la cultura.”*

*Marcela Lagarde y de los Ríos<sup>618</sup>*

Cuando el entorno de la pareja conoce la nueva situación de la próxima maternidad y paternidad, las personas que conforman este ámbito próximo a la mujer embarazada modifican el comportamiento que hasta entonces tenían cuando se relacionaban con ella. Las mujeres son conscientes de este cambio de comportamiento, refieren como estas personas (familia, amigos/as, compañeras/os de trabajo) presentan un cambio de actitud hacia la mujer gestante: *“yo noto que, que estaba todo el mundo como más contento y que me miraban como, como, si fuera un osito de peluche, algo así, no sé, provocas cosas en, no sé, es muy bonito”*(Elisa), donde se incluye la protección o el desempeño de diferentes cuidados que desde el punto de vista de estas personas tienen la finalidad de evitar cualquier complicación que pueda afectar a la buena evolución del proceso gestacional, *“(...)si ha habido un ligero cambio para mejor, porque te, o sea, me tenían en palmitas la verdad, me sobreprotegían (risas)”* (Judit). Por lo anterior, desde su entorno más próximo se insta a la mujer para que lleve a cabo o realice diferentes actividades y ponga en práctica comportamientos que en su contexto cultural son aceptables o recomendables para su nuevo estado de salud, lo cual es más evidente en relación con la asistencia sanitaria (será tratado más adelante). Durante el periodo que precede al nacimiento de un hijo/a y tras el mismo, la mujer atraviesa por un tiempo vulnerable para su salud donde tanto las prácticas sanitarias como su entorno llegan a ejercer una influencia significativa en su vida<sup>619</sup>. Diferentes estudios<sup>620</sup> muestran como las reacciones de las mujeres gestantes se encuentran fuertemente influenciadas por el entorno cultural, a pesar de que todas las mujeres experimentan cambios hormonales, no todas lo sufren del mismo modo, siendo las expectativas culturales respecto al embarazo, su personalidad y la experiencia familiar una fuerte influencia para la vivencia del mismo.

*“Eh, claro todo el mundo tiene más cuidado contigo, o sea, es como “no cojas eso, no te agaches, tu no hagas esto, tu no hagas lo otro”, o sea que te protegen”.* (Julia)

*“(...) bueno pues no sé, y que creo que damos un poco de... somos como entrañables, al vernos así embarazadas causamos esa sensación en cualquier entorno, en cualquiera, familiar y amigos.”*(Nuria)

<sup>618</sup> Lagarde, M. Los cautiverios de las mujeres. Madres, monjas, putas, presas y locas, Madrid, horas y horas, la editorial, 2011.p.142.

<sup>619</sup> Maroto G, García MM, Mateo I, El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias, Gac Sanit, 2004; 8,(2) , p. 19.

Pero estas recomendaciones van más allá de lo que pueda estar relacionado con su propio cuidado personal durante el embarazo, muchas de ellas son proyecciones de futuro que van a ir intentando modelar el comportamiento de los futuros madre y padre, y en concreto, el femenino. La mujer embarazada se va a enfrentar a situaciones donde se pretende encaminar sus actuaciones hacia lo que se espera dentro del rol de madre dentro de su entorno cultural. Las mujeres se encuentran fuertemente influenciadas a las significaciones típicas que sus predecesoras otorgan a la gestación, valores y creencias adquieren un puesto fundamental en la experiencia<sup>621</sup>. Esta situación no se equipara en el caso masculino, como refiere unos de los futuros padres informantes, sino que la mayor parte de las indicaciones van a ir dirigidas a la mujer. En el caso de esta pareja, la mujer relata cómo desde que está embarazada se ha sentido “invadida” por parte de su familia, debido a todas las recomendaciones que pretenden que tenga en cuenta, lo cual Manuel no ha percibido del mismo modo:

*“Bueno pues eso lo ha sufrido más ella, porque realmente a mi eh..., o me han ocultado o como se han expresado pues ha sido..., no obsesivo compulsivo, sino muy normal.” (Manuel)*

En este tipo de contextos o situaciones concretas nos encontramos con que el entorno de la pareja, y en ocasiones los mismos miembros de las parejas entrevistadas llegan a considerar normal que el embarazo y todo lo relacionado con el sean “cosas exclusivas de mujeres”, donde el hombre no tiene mucho que aportar, esta postura que se corresponde con el reparto tradicional de roles entre la mujer y el hombre, la exclusión masculina del proceso de nacimiento está siendo cuestionado, y cada vez son más numerosos los hombres que desean sentirse partícipes de todo lo que acontece al nacimiento de sus hijos/as y desean involucrarse, lo que conlleva que no sean partidarios de promocionar la exclusividad femenina durante el proceso de nacimiento, este tema será desarrollado en un apartado.

Se trata de una situación especial en la vida de la mujer, la cual hasta el momento ha recibido el trato de una persona adulta y pasa a ser considerada un “elemento de protección y cuidado”, la mujer durante el embarazo con este tipo de situaciones es colocada en una posición de inferioridad respecto a la situación previa a la gestación. Podemos decir que se produce una situación de “infantilización” de la mujer gestante, la cual recibe órdenes, mandatos, consejos de toda índole.

*“Sí que, que, como, o sea como que te cuidan más. Sí, yo he notado pues: “¡no hagas esto, no sé qué, o tal!”, o por ejemplo, vas a, yo voy a casa de mis padres, pues mi madre: “¡no hagas esto, o te ayudo tal, o no cojas peso, las bolsas tal!”, pero por lo demás.” (Marisa)*

La mayor parte de las mujeres entrevistadas reciben los diferentes consejos, cuidados que les brindan su entorno de forma positiva, pero tras ello se puede captar un trasfondo de dominación hacia la mujer que busca la aceptación de lo que se espera de una mujer gestante

---

<sup>621</sup>Giaxa TEP, Ferrerira MLSM, Miedo e inseguridad de la gestante durante el trabajo de parto como motivos para la demanda de internación precoz, Invest Educ Enferm, 2011;29(3).p. 367.

en nuestra sociedad. Como refieren nuestras informantes la multitud de recomendaciones, de órdenes que reciben son más numerosas con una emisora femenina (madre, abuela, suegra, amiga), lo que responde con una imagen donde *“la mujer-madre es transmisora, defensora y custodia del orden imperante en la sociedad y en la cultura”*,<sup>622</sup> y este tipo de recomendaciones no se dirigen al futuro padre, no se le incluye. En el siguiente relato Verónica habla de cómo se ha sentido en referencia al trato con su familia durante la gestación, lo cual no se acompaña de un discurso recíproco a su pareja:

*“Yo sí, porque a lo mejor a él tanto su madre como mi familia no le transmiten directamente lo que quieren, porque él es una persona muy seria y tal, pero por ejemplo a mí, mi madre pues claro no tienes pelos en la lengua, y su madre, como mujer a otra mujer parece que tampoco hay tanta barrera, entonces, pues me saltan directamente todo lo que piensan que está bien, y ya está, y a partir es :” ay, yo creo que deberías poner la cuna aquí, aquí, así, allá... mejor tenerlo en la cuna hasta esta edad, darle de comer esto, tal”.* (Verónica)

La familia en este caso cumple con funciones sociales, de manera que mediante la incorporación de prácticas, creencias y valores influye en el desarrollo de la identidad cultural tanto individual como del grupo<sup>623</sup>. Esta situación que en un principio se podría calificar de benigna sitúa a la mujer embarazada en una relación paternalista con su entorno próximo no extensible al hombre, donde se pretende que la mujer adquiera el rol materno que cumple con la imagen de madre esperada en su contexto social. Este tipo de recomendaciones son importantes para las parejas puesto que viene de su entorno más cercano e íntimo; y se deben a que la maternidad como refiere Selene De Dios<sup>624</sup> es uno de los hechos de la reproducción sociocultural, que incluye la organización social tanto de los grupos como de los sujetos particulares, donde se reproducen diferentes actividades, procesos que buscan mantener “los elementos esenciales” que conforman una cultura concreta. El significado que se atribuye a las acciones de la mujer durante el proceso gestacional se basa en lo que han aprendido de las mujeres de su entorno<sup>625</sup>, por ello, el embarazo se debe considerar una situación en la cual no solo influye la mujer, sino también su pareja y entorno, los cuales se encargan de reforzar o no el papel femenino hacia la maternidad<sup>626</sup>.

### 1.5. REFLEXIONES FINALES

Durante este capítulo hemos visto las reacciones de las parejas al conocer su futura maternidad/paternidad. Destaca la complejidad emocional vivida por ambos miembros, la ambivalencia está presente tanto en relatos femeninos como masculinos, y su estado emocional se mueve en una vorágine que transcurre desde la alegría absoluta ante la

<sup>622</sup> De Dios DS, Equidad de género y embarazo, *Perinatol Reprod Hum* 2014; 28 (2).p.76.

<sup>623</sup> Bezerra MGA, Cardoso MVLML, Factores interferentes no comportamento de parturientes: enfoque na Etnoenfermagem, *Rev Bras Enferm.*, 2005 ; 58(6),p.701.

<sup>624</sup> De Dios. Op, cit., p.74.

<sup>625</sup> GiaxaTEP. Op, cit., p.368.

<sup>626</sup> Bezerra MGA, Cardoso MVLML. Op.cit, 2005.p.700.

consecución del objetivo planteado hacia el miedo o preocupación al enfrentarse con gran incertidumbre al cambio de estilo de vida que les supone la nueva etapa vital. El embarazo se presenta como el anuncio de cambio, y cuando no era una situación deseada se acompaña de “shock” inicial que les lleva a replantearse su situación personal.

Las matronas informantes con mayor experiencia laboral perciben como las parejas valoran su nueva situación en extremo, lo cual se acompaña de gran preocupación durante todo el proceso. La esfera emocional se convierte en este momento en un punto muy relevante, sin embargo, desde el punto de vista sanitario no se le ha dado el valor que para las parejas tiene, ambos requieren reorganizarse para lograr la adaptación a la nueva identidad.

Los cambios físicos que experimentan las mujeres han sido ampliamente tratados desde el punto de vista social, sanitario e incluso cultural, situación que no se equipara en relación a los cambios acontecidos en la esfera psicológica, a pesar de ser relevantes son escasamente tratados, las profesionales sanitarias son conscientes de esta situación, y la falta de atención al respecto. El modelo asistencial al proceso de nacimiento se encuentra centrado en los cambios físicos que sufre el cuerpo femenino obviando la modificación desde el punto de vista psicológico vivida por la futura madre y el futuro padre, que si son escasamente tratadas en la mujer, en el caso masculino no se contemplan, esta situación moviliza a las parejas a buscar alternativas al modelo asistencial que integren este aspecto.

Los hombres experimentan cambios desde el embarazo, destaca el cambio de comportamiento hacia su pareja, existe una “actitud de protección” que desarrollan hacia la mujer embarazada; la posibilidad de participar o prestar algún cuidado a su pareja les permite iniciar el profundo cambio hacia la paternidad, sin necesidad de esperar al nacimiento. Pero no son los únicos en modificar sus comportamientos hacia la mujer embarazada, el entorno próximo de ésta, y en mayor medida el femenino (madre, abuela, hermana, suegra, amiga...), con diferentes recomendaciones pretenden modelar el comportamiento femenino para que la mujer cumpla con lo que socialmente se espera del rol materno. En este contexto el entorno de la pareja, la familia de forma particular, ejerce de vehículo para que la mujer reproduzca la imagen sociocultural aceptada para la maternidad. Esta situación que es narrada por las informantes no se equipara al caso masculino, de modo que estas actitudes promocionan la exclusividad femenina durante el proceso de nacimiento con la exclusión del hombre del mismo.

La decisión de ser madre/padre viene precedida de una reflexión individual respecto a los requisitos previos para acceder a esta nueva situación, existe una compleja situación donde la necesidad de tener una situación ideal junto al inconformismo actual influyen en la decisión de las parejas. El retraso en el acceso a la maternidad/paternidad es un hecho consecuencia de que actualmente las parejas priorizan la estabilidad económica, laboral, de pareja, y la carrera profesional, lo que les lleva a retrasar el acceso a la paternidad y maternidad respecto a sus predecesores; son múltiples los factores relacionados con esta situación y ampliamente estudiados, y entre los factores clave que se presenta como elemento decisivo aparece la edad materna. Las parejas, las profesionales sanitarias aluden al “reloj biológico” para justificar su

decisión, el resto de factores también son valorados, pero no son decisivos. La estabilidad de la pareja también se menciona, pero no la situación legal, cambio que rompe con la idea tradicional mantenida en el contexto sociocultural de tener hijos dentro del matrimonio.

## 2. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

### 2.1. DESIGUALDAD LABORAL DURANTE EL EMBARAZO

*"(...) el derecho a la diferencia: aspiramos a la igualdad, pero tenemos derecho a ser diferentes, a ser universalmente respetadas siendo diferentes."*

Conferencia Mundial de Viena (ONU, 1993)<sup>627</sup>

Los cambios físicos que produce la gestación en el cuerpo de la mujer o los diferentes riesgos a los que pueda estar sometida por el trabajo que desempeña es evidente que van a producir cambios en la esfera laboral de la mujer embarazada. En las ocasiones en las que surge algún problema o complicación que afecta al embarazo la mujer puede precisar una incapacidad transitoria por enfermedad común, o en caso de que el puesto de trabajo conlleve riesgo para la evolución de la gestación se valora la posibilidad de que la mujer acceda a lo que se conoce como baja laboral por riesgo en el embarazo. Esta última medida contemplada por la legislación pretende proteger a la mujer gestante a fin de que como se refiere en el Artículo 26 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales *"(...) procedimientos o condiciones de trabajo puedan influir negativamente en la salud de las trabajadoras o del feto, en cualquier actividad susceptible de presentar un riesgo específico"*.<sup>628</sup> Ante la presencia de un posible riesgo se intenta adaptar el puesto de trabajo a las condiciones de la gestante, y en caso de que resulte imposible dicha adaptación la mujer trabajadora tiene derecho al acceso a otro puesto o función compatible, si dicho cambio no resulta posible la gestante tiene derecho al periodo de suspensión de contrato por riesgo durante el embarazo, donde tras las valoraciones pertinentes recibirá prestación económica por parte de la Seguridad Social para cubrir su pérdida de rentas por la ausencia laboral<sup>629</sup>.

La legislación referente a la gestación pretende evitar la discriminación de la mujer en el ámbito laboral relacionado con su estado "embarazada", dado que las mujeres embarazadas se encuentran más expuestas a perder su trabajo<sup>630</sup>, pero nos encontramos con relatos de las mujeres informantes donde a pesar de que exista este tipo de leyes de protección de las mujeres embarazadas en diferentes momentos durante el transcurso de la gestación se han sentido discriminadas por encontrarse embarazadas, no tanto por el problema que pueda

---

<sup>627</sup> De Dios. Op, cit., p.72.

<sup>628</sup> Ley 31/1995. de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm,269. Viernes 10 de noviembre 1995. Artículo 26.

<sup>629</sup> Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural. BOE núm. 69, de 21 de marzo de 2009. Última actualización: 5 de enero de 2017. Artículo 31.

<sup>630</sup> Maroto et al., op.cit. p.16.

suponer la gestación para ejercer su puesto laboral, sino más en relación con la posibilidad de que acceda a una baja laboral (médica o de riesgo), y por ello se ausente de su puesto. Como nos relata Isabel, se encuentra con que el embarazo le genera un cambio en relación a su puesto laboral:

*“(...) yo había cambiado de puesto, yo estaba de administrativa, y ahora había pasado a contabilidad, a más, tenía muchas más responsabilidades, y cuando yo lo dije, o sea, yo he cambiado de puesto en Enero, y cuando yo en Abril lo he dicho, (se refiere a comunicar que está embarazada) tal, pues en junio ya habían cogido un sustituto, sabes, para que yo le enseñara, (...), entonces ahí sí que a mi ahora es como que sobro, (risas), están a ver si cojo ya la baja.” (Isabel)*

En otro momento del relato reitera lo que ya ha mencionado y refiere como me siento al respecto: *“(...) ahora te sientes como que sobras, (risas), porque el otro está haciendo tu trabajo y tu estas ahí colocando papeles.” (Isabel)*

Isabel se encuentra embarazada de 28 semanas de gestación, trabaja en una empresa privada y desempeña un puesto de administrativa, su embarazo transcurre hasta el momento de forma correcta, ella refiere que se encuentra bien y no se plantea ausentarse del trabajo hasta el final de la gestación, lo cual coincide con sus vacaciones anuales.

Otra de las informantes relata cómo sus compañeras de trabajo le hacen sentirse mal por encontrarse embarazada cuando plantea la posibilidad de acceder a los derechos de protección de la gestación que la legislación promueve.

*“(...) e incluso mi jefa que es una mujer, que piensas bueno por solidaridad femenina me llegó a decir “Saraaquí hemos dado a luz todas casi en la oficina”. Me parece muy bien estamos hablando de los años 80, que no había la protección que tenemos ahora, afortunadamente, las mujeres embarazadas. Entonces el trabajo la verdad es que mal, en ese sentido mal, porque ha habido incluso días que he salido llorando.” (Sara)*

El embarazo a pesar de ser un estado protegido por la legislación a fin de evitar que se pueda ver influido por el desempeño laboral, como han relatado las informantes sigue siendo objeto de dificultades en relación a la esfera laboral de las mujeres. No solo se trata de la posibilidad que existe de que la mujer se ausente de su puesto laboral durante el transcurso de la gestación, sino también de que en un futuro próximo accederá al disfrute de la baja de maternidad, lo cual no es un problema en el caso del hombre que va a ser padre puesto que el permiso de paternidad es muy inferior al de la mujer, y por lo tanto la ausencia laboral es menor (esto será tratado en otro apartado). Nos encontramos en una sociedad androgénica, en el sentido de que predomina lo “antimaternal”, donde la crianza es obligada a verse inmersa en un mundo de separación público “masculino” y privado “femenino”<sup>631</sup>, de modo que el embarazo o todo lo que esté relacionado con el proceso de nacimiento y cuidado de la descendencia pasa a segundo plano. Primero, se encuentra la productividad laboral, sin valorar

---

<sup>631</sup> Rich, op. cit, 1996, p.309.

la necesidad no ya individual de cada familia, sino a nivel de sociedad de la importancia del trabajo reproductivo y el cuidado infantil, y siguiendo este criterio actúan las personas implicadas en los diferentes puestos de trabajo que ejercen las mujeres embarazadas. La situación se corresponde con lo que narra Según Dy-Hammar, Jefa del Servicio de Condiciones de Trabajo y Prestaciones Sociales de la Organización Internacional del Trabajo, «*las mujeres embarazadas están expuestas a perder su puesto de trabajo e ingresos, y corren mayor riesgo sanitario debido a la falta de garantías suficientes en el empleo*».<sup>632</sup>

Esta idea también surge durante la entrevista mantenida con Lara, matrona, donde resalta como desde su punto de vista las mujeres embarazadas se enfrentan a dificultades durante el transcurso de la gestación en sus puestos laborales a pesar de que la legislación con carácter protector de la maternidad sea una realidad.

*“Luego, también en el embarazo ocurre una cosa, nosotros tenemos poco apoyo, y realmente tenemos un problema que es el trabajo, la mujer hoy día en el mundo laboral, pues tampoco tiene ventajas por el hecho de estar embarazada, entonces habría que tener un espacio, un sitio, una esa, para que la embarazada en determinados momentos del embarazo tuviese más... um, ayudas, es decir, no hacer un trabajo que cargue, que tengas riesgos de, de olores fuertes, yo que sé, de un montón de cuidados que se debería hacer de una forma sistemática, no cuando ya tiene el problema, sino adaptar, si un puesto de trabajo para las embarazadas, y entonces sería genial y podrían estar más tiempo trabajando.”(Lara)*

## 2.2. DESCARTAR AL HOMBRE DEL PROCESO DE NACIMIENTO

*“(...) un sistema social que logre que los hombres se incorporen masivamente al cuidado infantil, a pesar de mi convicción de que sería lo más revolucionario que cualquier grupo masculino podría hacer. No solo cambiaría las ideas que los niños-y los hombres- tienen de las mujeres y de ellos mismos, sino que acabaría definitivamente con los papeles sexuales y diversificaría los modelos de trabajo de ambos sexos. Transformaría toda la comunidad y su relación con la infancia”*

Adrienne Rich<sup>633</sup>

En una sociedad que se rige bajo principios patriarcales como ha sido y en muchos ámbitos sigue siendo nuestra sociedad occidental, que el hombre desee ser incluido desde el inicio del embarazo en el proceso cuyo fin es el nacimiento de su hija/o se enfrentará a muchas barreras consecuencia de la exclusividad femenina que se ha asignado tradicionalmente al proceso de nacimiento y la crianza infantil. Todo este tiempo el énfasis se situaba en el binomio madre-recién nacido/a, pero el interés por los efectos tanto de la ausencia como de la presencia del

<sup>632</sup> Maroto G, García MM, El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias, GacSanit., 2004;18(2).

<sup>633</sup> Rich, op. cit, 1996, p.314.



padre y la relación con sus hijos/as se ha incrementado en los últimos años, dando la importancia que se merece a la vida emocional del padre durante la etapa perinatal<sup>634</sup>. Existe una nueva generación de hombres que desean ejercer un nuevo modelo de paternidad participativa, el papel masculino está evolucionando, reclaman su participación y propio lugar en los cuidados, desde una implicación temprana.<sup>635636637</sup>

En la actualidad nos encontramos con un importante cambio en relación a lo que podemos denominar “esfera reproductiva” de la pareja, y es que cada vez son más los hombres que quieren formar parte activa del proceso de nacimiento y cuidados de sus hijos/as, además de ser partícipes de dicho proceso desde el inicio, el embarazo. A estos hombres que podemos etiquetar de corresponsables en materia de crianza infantil, como describe Adrienne Rich<sup>638</sup> son aquellos capaces de cuestionar los valores del patriarcado, de descubrir nuevos caminos para ser hombres y ejercer su paternidad, en definitiva: “(...)padres con la sensibilidad y el compromiso de ayudarles a lograr una virilidad que no les permita considerar a las mujeres como meras fuentes de alimento y placer”, se trata de una cita escrita en el año 1978, pero que todavía está vigente para nuestro contexto social. Pero ser y sentirse partícipes de todo este proceso no está siendo una tarea sencilla para este sector masculino, los cuales se tienen que enfrentar a diferentes dificultades para llevar a cabo su elección personal. Este cambio social comentado con anterioridad también ha sido destacado por algunas de las profesionales sanitarias que han participado en el estudio, describen como perciben un cambio respecto a la asignación tradicional en los roles reproductivos, donde cada vez con mayor frecuencia observan patrones masculinos que desean ser partícipes del proceso de nacimiento.

*“(...)y yo de los años que llevo trabajando yo veo que ahora están como mucho más implicados, les acompañan mucho más a las consultas, antes les acompañaban menos, vale, y ahora si les acompañan más a las consultas, van más como en pareja, antes iban con la madre, con la hermana y ahora no.” (Adela)*

*“Yo, yo, esto es una opinión personal, yo creo que, que intentan involucrarse pero todavía, la educación, desde que somos pequeñitos, desde que nacemos, está todavía muy en género, entonces los roles de ellas y los roles de ellos están muy separados todavía.”(Carmen)*

Entre las diferentes barreras que los hombres deben superar cuando quieren involucrarse en el embarazo de su pareja se encuentran con el papel que se le asigna desde la sociedad patriarcal, los propios prejuicios de su pareja, su familia, su entorno y el propio sistema sanitarios (programas de control gestacional, preparación para la maternidad y los/as

<sup>634</sup> Maldonado M, Lecannelier F, El padre en la etapa perinatal, Perinatol Reprod Hum., 2008; 22:145.

<sup>635</sup> Romeu M, Morilla MT, Fernández J, Uno más en la maternidad. Relato biográfico de la vivencia masculina del embarazo y puerperio, Arch Memoria, 2015; 12 (4).

<sup>636</sup> Nakano AMS, Silva LA, Beleza ACS, Stefanello J, Gomes FA, O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante, Acta paul. enferm., 2007; 20( 2 ).p.134.

<sup>637</sup> Calderón NM, Ruiz CH. op.cit.2010.p.90.

<sup>638</sup> Rich, op. cit, 1996, p.308.

propios/as profesionales sanitarios/as que les atienden durante el proceso. Así se expresa al respecto Manuel cuando habla sobre su participación durante el embarazo:

*“(…)Y yo realmente no solo por el tema eh, sanitario, por, por mucha gente, por la sociedad en concreto, o sea si tú vas con 3 parejas con respectivas mujeres, con sus niños y demás directamente te descartan, quiero decir no es cuestión de ..., se ponen, se ponen hablar ellas porque supuestamente saben y por experiencia, así no, pero bueno, siempre dicen “bueno ellos, tú que sabrás”, por ejemplo, o sea, que estamos en una sociedad totalmente... Y te meten todos en el mismo, en el mismo bote, pero, pero bueno la sociedad es eso un poco, no te da opción, ahora mismo no te da opción, te descarta realmente, como si fueras pues no sé, un inútil o que no tienes por qué saberlo o que debes saberlo o que no me interesa, ¡hombre eso de dar por supuesto!”*  
(Manuel)

Como muestran otros estudios relacionados con la materia, y al igual que no refiere el entrevistado cuando se excluye al futuro padre, no se le brinda apoyo para afrontar el embarazo de su pareja, nacimiento y próxima paternidad, no será capaz de prestar apoyo a su pareja para que ambos logren un transición positiva.<sup>639</sup>

Las profesionales sanitarias son conscientes de esta situación, algunas hablan de las mismas de forma abierta y otras simplemente las nombran al referirse a la participación masculina, en sus relatos se identifican como los/as propios/as profesionales pueden actuar como barreras para aquellos hombres que deciden participar del proceso de nacimiento de su hijo/a; en numerosas ocasiones el/la profesional sanitario/a ve la figura paterna como un mero “espectador”, no como el “otro” protagonista del proceso, situación que lleva a que reciba la atención como tal.

*“Yo creo que el único que le involucra es la mujer, si ella quiere, el resto no, los profesionales para nada, para nada, es que eh yo creo que se ignora al marido eh, muchísimo.”* (Lara)

*“No, no, no se intenta involucrar, de hecho muchas veces eh pensamos que, que, no se les da la impor... , la importancia que tienen, la compañía o el compañero que tenga esa embarazada, eh, no es para nada importante para nosotros, nos pensamos que no es importante esa parte, entonces.”* (Carmen)

Lara alude a la falta de “instinto paternal” que si está presente en las mujeres a consecuencia del cambio hormonal, para justificar la falta de involucración y/o participación masculina, con este tipo de ideas lo que se hace es reducir la maternidad/paternidad únicamente al componente biológico, olvidando el resto de factores que le envuelven. Los hombres que acceden por primera vez a la paternidad se enfrentan a lo que Martín Maldonado et al. han denominado “*tareas psicológicas*”, las cuales engloban la necesidad masculina de resolver la ambivalencia que sienten respecto a la nueva situación y el futuro inmediato, la redefinición

---

<sup>639</sup> Ledenfors A, Berterö C, First-time fathers' experiences of normal childbirth, Midwifery, 2016 ;40.p.26.

de la identidad de hombre-pareja hacia padre, la necesidad de brindar apoyo a su pareja y adquirir nuevas responsabilidades.<sup>640</sup> La figura masculina puede comenzar a establecer el vínculo desde la gestación, siempre que se le permita acompañar y apoyar a su pareja.<sup>641</sup>

*“(…)realmente yo con el tiempo he visto que desde luego las hormonas no están igualmente de afectadas que las femeninas, es decir, que tú , el marido por amor ati hace cantidad de cosas en el embarazo y el parto que no le sale, que no le salen de él, que es que no tiene todavía el instinto paternal ,que no le ha salido todavía, que muchos lo empiezan a adquirir cuando el niño es grande, y hasta entonces hacen las cosa porque no les queda otra, pero no le sale(…)”.*(Lara)

Nos encontramos con la figura masculina que desde el inicio de la gestación quiere ser cómplice del proceso, acompaña a su pareja a las visitas de control gestacional e intenta ser partícipe de las mismas, se informa sobre el nuevo periodo, participa en la preparación a la maternidad y paternidad y quiere tener un papel activo durante el parto, continuando con la crianza de su hija/o, y por lo tanto, siendo coprotagonista junto a su pareja. Este nuevo perfil masculino no solo se siente apartado por la sociedad, sino que en sus relatos describen como desde la propia asistencia sanitaria encuentran barreras a la hora de ser integrados en el proceso, los programas de control gestacional o las propias clases de preparación a la maternidad/ paternidad o como se denominan clases de “Educación maternal”<sup>642</sup>, no les incluyen, o si lo hacen es como acompañante o escuchante pasivo. Los hombres precisan apoyo al igual que las mujeres, promoviendo su autoaprendizaje; excluirlos del proceso, y en concreto cuando lo realizan los/as profesionales sanitarios/as, como muestran otros estudios<sup>643</sup>, les lleva a experimentar sentimientos negativos relacionados con el proceso de nacimiento, como puede ser la frustración.

*“(…) a lo mejor hay pues sí que podían un pequeño apartado, para, para , para el padre, pero es que, que tampoco hay afluencia de padres, es que tampoco, no se le ha ni planteado, porque a lo mejor esta vez hemos ido 2, pero me imagino que haya*

<sup>640</sup> Maldonado M, Lecannelier F. Op. cit. 2008.p.148.

<sup>641</sup> Ramírez Peláez H, Rodríguez Gallego I, Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofamiliar. Revisión bibliográfica, Matronas Prof., 2014; 15(4).p.e3.

<sup>642</sup> En la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Castilla y León (SACYL) se incluye como uno de los servicios prestados a las mujeres embarazadas los “Programas de Educación Maternal” donde se considera población susceptible “Mujeres gestantes susceptibles de recibir educación maternal en el período de evaluación”, en ningún momento se habla de participación masculina, lo cual ya queda bastante claro al no decir “educación maternal y paternal”. Se ha considerado durante las entrevistas y redacción de la tesis hablar sobre preparación a la maternidad y paternidad, como aquella actividad donde las matronas tratan junto con las parejas contenidos informativos relacionados con el proceso de nacimiento, los cuales son de interés para ambos y no solo para la mujer, aunque los hombres no estén incluidos como población susceptible en este programa como nos muestran los relatos de los informantes, algunos de ellos si acuden a este tipo de actividades. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2011. Gerencia de Regional de Salud. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/guias-practica-clinica/cartera-servicios-atencion-primaria>

<sup>643</sup> Calderón NM, Ruiz CH. Op, cit, 2010.p.95.

*muchas veces que no vaya ninguno, unos porque no quieren , otros porque no pueden, sabes, (...)cada uno es como es, a mí no me, a mí no me ha disgustado, salía y yo decía “pues si ha estado bien, a mí me ha gustado”, creo que sí, porque además no estás preparado, joder, necesitas, te viene fenomenal que alguien que, que sabe te diga, claro, entonces sí.” (Julio)*

### **2.3. RELEXIONES FINALES**

La mujer gestante se encuentra protegida mediante legislación específica con el fin de evitar posibles complicaciones en el transcurso del mismo y la discriminación femenina relacionado con la futura maternidad. Sin embargo, las mujeres embarazadas perciben en sus puestos laborales cierta discriminación relacionada con la gestación y en mayor medida con la posterior baja por maternidad. Por todo ello, el embarazo se presenta para la mujer como una dificultad en el desarrollo de su vida profesional, los criterios de la sociedad androgénica se encuentran muy marcados en el ámbito laboral, donde la sociedad desmerece el trabajo reproductivo. Esta situación no se equipara en el caso masculino, los entrevistados no tienen problemas en el ámbito laboral en relación a su próxima paternidad, no se espera de ellos que modifiquen sus trabajos. La situación también es remarcada por parte de las profesionales sanitarias que tienen contacto diario con las gestantes.

Como venimos observando en la actualidad existe un cambio respecto a la relación de la figura masculina con la esfera reproductiva, son cada vez más hombres los que desean ser partícipes desde el inicio del proceso reproductivo, solicitan apoyo para afrontar los futuros cambios hacia la paternidad. Estos son hombres que desean ejercer la paternidad desde la corresponsabilidad, pero se encuentran con fuertes barreras para lograr su objetivo. La sociedad se encuentra en un continuo cambio, siguen estando vigentes los principios patriarcales, cuya consecuencia directa tienen que afrontar tanto mujeres como hombres que quieren una participación activa en el nacimiento y crianza de sus hijos/as. Estos hombres deben romper con el papel tradicional asignado por la sociedad y adentrarse en un espacio que hasta hace muy poco se consideraba de exclusividad femenina, esta situación se acompaña de los propios prejuicios e la pareja, familia y entorno y los profesionales sanitarios que les asisten.

El modelo asistencial al proceso de nacimiento se encuentra entre las dificultades que se les presentan a los hombres a la hora de participar, las profesionales entrevistadas reconocen la situación descrita por las parejas, donde el hombre es considerado un “espectador” y no el otro protagonista del proceso. Los propios profesionales ponen barreras a la hora de que la participación masculina sea fluida, consecuencia del modelo asistencial al proceso de nacimiento, llegando a justificar su actitud a la falta de “instinto paternal”, olvidando las demandas masculinas de apoyo y posibilidad de establecer un vínculo temprano desde la gestación. Por todo lo anterior los hombres entrevistados en sus discursos demandan apoyo desde el punto de vista sanitario, consideración y reconocimiento como una parte importante en el proceso.

### 3. VALORACIONES SOBRE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD EN RELACIÓN A LA PARTICIPACIÓN EN LA VIDA REPRODUCTIVA

#### 3.1. PERFILES DE LAS PAREJAS EN FUNCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN MASCULINA EN LA ESFERA REPRODUCTIVA

Tras el análisis de los relatos de las parejas informantes hemos establecido tres perfiles de pareja en función de la participación masculina durante el proceso de nacimiento, la visión que ambos tiene de la maternidad y paternidad y el reparto de la pareja entre las tareas productivas y reproductivas. A pesar de haber establecido estos tres perfiles que vamos a describir con detenimiento, nos encontramos con que ninguna de las parejas entrevistadas puede ser clasificada únicamente en uno de los perfiles, pero si presentan más rasgos de uno que de otros. A estos tres perfiles los hemos denominado pareja igualitaria, pareja transitoria y pareja desigualitaria. Las tres clasificaciones se presentan como un continuum evolutivo desde la ausencia masculina en la esfera reproductiva hasta la corresponsabilidad entre ambos miembros de la pareja. El modo de ejercer la maternidad ha cambiado, pero lo que ha sufrido un drástico cambio a lo largo de las últimas décadas ha sido la forma de entender y practicar la paternidad, donde el rol masculino en el ámbito familiar ha experimentado una mutación, pasando del papel protector a involucrarse en la crianza de su descendencia<sup>644</sup>, los nuevos modelos de paternidad se distancian respecto a los modelos paternos de la familia de origen<sup>645</sup>.

#### PAREJA IGUALITARIA

El padre que pertenece a una pareja igualitaria es aquel que desde el inicio del proceso, desde el embarazo, se siente responsable de su paternidad y como tal quiere ser parte del proceso de control de la gestación, preparación a la maternidad y paternidad, parto, y una vez que nace su hijo/a participar en los cuidados del bebé de forma corresponsable junto a su pareja.

*“Es imposible sentirlo como vosotras, sobre todo en los 9 meses, no, pero eres un poco... (Risas), parte o gran parte de ello.” (Manuel)*

Manuel que pertenece a este perfil de pareja igualitaria al hablar de la paternidad expresa la responsabilidad que siente y el significado que tiene para él: *“Para mi es una palabra que engloba todo, que es responsabilidad, sí, yo creo que es la mayor responsabilidad que he tenido, o que voy a tener hasta el momento, en mi vida, querer a mi hijo, o a mi hija en este caso.”*

---

<sup>644</sup> López R, Molina A, Martínez M<sup>a</sup> E, Frutos D, Molina T, Figura del padre en relación a la crianza: pasado, presente y futuro, Cultura de los Cuidados, 2012;16, 32.p.12-3.

<sup>645</sup> Ramírez H, Rodríguez I.Op.cit.2014.p.2.

Este perfil de hombre es consciente de su parte de responsabilidad en el proceso y desean ser partícipes desde el inicio. Se plantean como su próxima paternidad va a llegar a influir los diferentes apartados que conforman su vida, y en concreto, en su esfera laboral, se proponen un cuidado infantil corresponsable donde existe posibilidad de modificar sus horarios laborales tras la incorporación de su pareja cuando finalice el permiso de maternidad. No se pregunta si debe o no participar, lo considera parte de su ciclo vital, “ser padre”, y como tal debe actuar. Este tipo de hombre que hemos denominado “padre igualitario” percibe como en ocasiones se encuentra con diferentes obstáculos o barreras que deben superar si quieren seguir ejerciendo con el rol igualitario. Algunas de estas barreras ya se han comentado en el apartado previo.

El “padre igualitario” participa tanto en los cuidados de sus hijos/as como en las tareas domésticas, y forma parte de las parejas donde ya existía un reparto equitativo de las tareas domésticas antes del embarazo. Algunos de los informantes que se pueden clasificar dentro de este perfil que estamos describiendo se plantean reducir sus jornadas laborales o en caso de necesidad, y debido a sus particularidades individuales, ser ellos quien no trabajen durante un tiempo para ejercer la crianza de sus hijos/os tras la finalización del permiso de maternidad y la incorporación de su pareja al trabajo remunerado. Las características individuales a las que se hace referencia de estas parejas se corresponden con mujeres con estudios superiores y que ejercen en el mundo laboral su profesión, donde su pareja no tiene un empleo estable, trabaja en algo no relacionado con aquello para lo cual se formó o poseen estudios inferiores. Siguiendo con lo descrito Andrés nos relata como prioriza su papel como padre sobre su puesto laboral, esta característica es totalmente contraria a lo que haría un “padre tradicional”, donde prevalece su trabajo extra-doméstico sobre el resto de responsabilidades.

*“Trabajos hay muchos, trabajos hay muchos y vidas solo hay una, ya era hora de tener al niño y, sabes, y entonces, tampoco te planteas pues si me cambia la vida, me cambia la vida, pero es que me va a cambiar la vida a mejor, porque voy a tener un niño, sabes, y el trabajo, el trabajo va ir bien trabajo bien, es igual que el dinero, el dinero va a ir bien.”(Andrés)*

Manuel considera que la responsabilidad que tiene en referente a la paternidad es elegida, puesto que reconoce que al hombre no se le exige desde la sociedad como a la mujer, desde su criterio personal refiere que el tiempo de dedicación al trabajo se va a reducir para cumplir con su papel de padre, siente que la paternidad va a modificar su relación con la esfera laboral, pero porque él quiere, prioriza en todo momento la paternidad al resto de cosas.

*“Um, hombre, yo creo que en el tema profesional me va a influir, pero por... por mí, porque yo voy a considerar mi responsabilidad, no porque la sociedad me lo imponga de la manera que se lo impone a la mujer ahora mismo, o sea, si yo soy responsable, yo sé que tengo esa responsabilidad que es mi hijo y por si, vamos, seguro que voy a, a quitar tiempo de mi trabajo para dedicárselo a él, vamos me va a salir, pero no porque la sociedad no me dé para hacerlo, o sea, no me lo quite, entonces eh bueno hay sí que tenéis cierta desventaja, que no logro entender, pero es así...” (Manuel)*

En su relato Daniel comenta la posibilidad de dejar de trabajar un tiempo, el cual dedicaría al cuidado de su hija, mientras su pareja se incorpora a su puesto de trabajo, en esta pareja en concreto él tiene contratos temporales, y ella trabaja en un puesto más estable:

*“(…)y no se puede porque tampoco es para eso para llevarla con 6 meses a una guardería que es muy pequeñina y no nos podemos permitir pagar a nadie para que nos la cuide, pues es que gane ella lo que tenga que ganar y yo pues cuidar a la niña”.*  
(Álvaro)

El hombre que pertenece a este perfil de pareja se informa sobre el proceso de embarazo, parto y puerperio, quiere conocer los cambios que acontecen en su pareja durante el mismo y se muestra participe, quiere formar parte del proceso, ser un apoyo para la pareja, involucrarse e integrarse. Participar en el proceso le permite empatizar con su pareja, comprenderla, en su relato Julio habla de cómo acudir a la preparación a la maternidad y paternidad le ha permitido empatizar con su pareja durante el proceso de nacimiento.

*“Yo creo que le viene muy bien para ponerse un poquito en situación de lo que su mujer está sintiendo, y pasando (...). Entonces creo que sí, que la preparación, ir a la preparación al parto te va a hacer sensibilizar más de lo que está pasando tu pareja, si eres así, si eres un poco zote, un poco burro y esas cosas aun así no te entran, bueno, es que creo que si no eres así, vas el primer día y no vuelves, entonces, si yo creo que sí, que son buenos tanto para la mujer como para el hombre, vamos pienso yo eso.”* (Julio)

Tras el nacimiento estos hombres animan a sus parejas para que mantengan un tiempo para ellas mismas, como refiere Daniel al hablar sobre la distribución del tiempo tras ser padre: *“Y yo sí que le animo porque perfectamente puede, (...), y digo “pero sal más, mientras este, que yo me quedo con ella.”*

Este grupo de hombres no es el perfil más numeroso dentro de los entrevistados, puesto que para formar parte de él o seguir este modelo de paternidad el hombre debe renunciar a una serie de privilegios que le fueron otorgados en la sociedad patriarcal, aunque ejercer este tipo de perfil también le aporta beneficios y un crecimiento personal que no obtendrían de otro modo si no es participando en la crianza de su descendencia.

El perfil de mujer igualitaria comparte junto a su pareja la corresponsabilidad en materia de crianza infantil y tareas domésticas. Este tipo de mujer recibe el apoyo de su pareja durante el transcurso del proceso de nacimiento de su hijo/a, del cual ha formado parte y así lo ha considerado, siendo la participación e involucración masculina un aspecto de relevancia para ambos.

La mujer que se clasifica dentro de este grupo es consciente de la existencia de desigualdades sociales relacionadas con la esfera reproductiva y también de la evolución de los roles tanto masculino como femenino a lo largo de la historia. A pesar de estos avances, ejercer el perfil femenino dentro de la pareja igualitaria en nuestro contexto social es complicado, tanto desde el punto de vista social como de la legislación existente, por las barreras que se deben superar.

Las propias mujeres deben cambiar también, ya que si los hombres están dispuestos a participar en los cuidados de sus hijos/as, las mujeres deben dejar de sentirse agradecidas y alabar a aquellos padres que comparten parcialmente los cuidados y educación infantil: *“Pasaré mucho tiempo hasta que comprendan que esta es una nueva forma de amor”*.<sup>646</sup>

Nos encontramos con el relato de Pilar donde destaca la importancia que tiene para ella la participación de su pareja en el cuidado del su hijo de forma equitativa, al cual no quiere apartar del cuidado, y llega a plantearse la posibilidad de extracción de leche, ya que opta por la lactancia materna, para que su pareja pueda ser partícipe de la alimentación de su hijo, pero va más allá, ya que compartir los cuidados con su pareja considera que le va a permitir no ser absorbida por su papel de madre y mantener su espacio personal:

*“A ver yo le quiero dar el pecho, siempre que yo esté a gusto, que él bebe esté a gusto (...); y sí que le quiero dar en seguida biberón, aunque sea de mi leche, pero sí que considero que tiene un padre, que no le puede dar el pecho, y considero que la lactancia que sí que será algo muy bonito, (...). Pero sí que considero que apartar al padre de la alimentación del niño me parece un poco ya excluirlo (...). Quiero decir, considero que ser madre es precioso, lo llevo queriendo toda la vida y voy a querer a mi hijo como nada en este mundo, pero considero que sigo siendo una mujer, sigo siendo amiga, sigo siendo una hija, sigo siendo una persona, no soy solamente madre en el mundo. Entonces me parece que los dos podemos hacerlo, no sé, siempre que todo vaya bien.”* (Pilar)

Que la parte masculina de la pareja se corresponda con el perfil de pareja igualitaria no quiere decir que la femenina cumpla con los criterios de la misma, puesto que nos encontramos en los relatos de las mujeres con actitudes que reproducen el perfil de mujer tradicional, con diferenciación y desigualdad en el reparto de tareas. En ocasiones, parejas que se pueden considerar igualitarias antes del nacimiento, comparten tareas domésticas, ambos forman parte del mundo laboral, se encuentran la ruptura de esta igualdad tras el nacimiento del/ la primer/a hijo/a, ya que frente a la falta de apoyo para mantener una igualdad real en el seno familiar, la mujer se topa con que pasa a ser la cuidadora principal. De todas las mujeres informantes son pocas las que cumplen lo que se puede considerar un perfil igualitario, es complicado para las mujeres, la sociedad no ayuda, las leyes tampoco, y la mayoría de las que antes del nacimiento se pueden considerar mujeres igualitarias pasan a ejercer el perfil de mujer transicional.

### **PAREJA TRANSICIONAL**

El perfil más común entre las parejas entrevistadas que han conformado la población del estudio, se acercan a la pareja igualitaria, pero aún conservan actitudes que se corresponden con un reparto tradicional de roles.

---

<sup>646</sup> Rich, op. cit, 1996, p.375.



El hombre de la pareja transicional se presenta como un padre que quiere participar y formar parte en los cuidados del recién nacido/a, pero en este caso se puede decir que de una manera más discreta, o sea, que el mayor peso de los mismos le corresponde a la mujer, y él es más una “ayuda”, y como tal se ven a sí mismos.

En el ámbito del proceso de nacimiento actúa como un acompañante de la mujer, no se plantea su participación, la cual no niega en el caso de que su pareja se lo solicite. A pesar de formar parte de los cuidados infantiles no se desliga de forma total de los privilegios que la sociedad patriarcal le ha otorgado en relación con la responsabilidad de las tareas reproductivas, en las cuales participa, aunque en menor medida que su pareja, sobre la que recae el mayor peso. Son conscientes del cambio que ha experimentado el rol tanto femenino como masculino, lo cual apoya, pero como ya se ha mencionado no acaba de renunciar y llegar a corresponsabilizarse como haría el padre igualitario, puesto que este perfil sigue considerando a la madre como la depositaria de los permisos de mayor duración para el cuidado de los infantes o la solicitud de permisos de excedencias, y entre los argumentos que usan para ello es que la madre es la encargada de la nutrición en caso de la lactancia materna.

*“(...) ahora ya, que no vives para ti ahora ya vives para otra personita, y todo lo que, incluso ahora cuando acabe el trabajo lo primero que tienes que pensar es en él, después de estar en la oficina, o sea dependes de él, de a ver que tengo que hacer si irlo a buscar, si no sé qué, si quedarme, si darle el biberón, porque me haya quedado leche Nuria, si...”(Juan)*

Acompaña a su pareja durante todo el proceso gestacional, consultas de control del embarazo, parto, preparación a la maternidad y paternidad o en el postparto, pero sigue considerando el proceso de nacimiento como un ámbito femenino, en el cual están dispuestos a formar parte siempre que su pareja lo reclame, pero no por que considere necesaria su participación. Juan habla al respecto de la participación en las clases de preparación a la maternidad y paternidad, argumenta su ausencia marcando el carácter femenino de este tipo de actividades: *“Pues porque lo he hablado con Nuria y buff, ha decidido que casi, que buff, salvo algún día concreto que no avisarían, que a lo mejor interesante que este su pareja, no sé qué, no se cual, pues han sido más cosas de ella, vamos de ellas, no se de..., que me ha dicho: bueno si quieres, estate tranquilo, quédate en el trabajo y no vengas, porque a lo mejor yo te voy informándote de cosas y ya está.”(Juan)*

Al igual que el relato de Juan, Pedro tampoco se siente parte involucrada en el proceso de preparación a la maternidad y paternidad, refiere la baja participación masculina y así justifica su ausencia, al igual que Juan habla sobre el carácter femenino para justificar su ausencia y así se refiere a su participación durante el embarazo:

*“Eh a la matrona siempre, con la matrona si (se refiere a acudir a las visitas de control gestacional), pero las clases que daban de, como se llaman, de preparación, o algo así, a esas no, porque yo el primer día, la primera vez que fue ella yo no pude ir por trabajo, y ella me comentó “a ver solo vamos chicas” y dice “ haz lo que quieras” ,*

*bueno pues mira, sí que alguna vez pude haber ido, pero como me decía “mira es que vamos 10 o 15 chicas y no van chicos” pues, yo hubiera ido sin problema, pero era un poco más casi por vergüenza, de decir “joder, no voy a ir yo solo el único chico”, y entonces no fui.”(Juan)*

El padre transicional participa en las tareas domésticas y las comparte con su pareja, “(...), *generalmente hacemos unas cosas uno, unas cosas otro.” (Juan)*, son conscientes de la evolución que ha experimentado el rol masculino en relación con la paternidad, lo ven como algo positivo, pero no se plantean los diferentes dificultades o barreras que encuentran al ejercer la paternidad como si lo hace el padre igualitario, y reconoce como la mujer carga con la mayor parte de los cuidados de la crianza infantil:

*“Um indistintamente, no tenemos tú le haces esto (...). El orden da igual, o sea, Julia le da de desayunar, yo le doy de cenar, pero por trabajo, no por, pañales y eso, pues con quien este, pues si ahora se lo cambio yo, se lo cambia Julia. Lo único eso, que las madres trabajáis más, bastante más, tema pecho, tema pues que quiere estar con vosotras como es normal, pero vamos no tenemos un orden de tu le haces esto, tú lo otro tú le preparas la cena, el que pueda, siempre acaba trabajando más la madre, eso está claro, pero bueno.” (Pedro)*

El perfil femenino que se corresponde con la mujer transicional es aquella mujer que comparte parte del rol reproductivo con su pareja, pero todavía conserva algún tipo de actitud que es más propio de un rol tradicional, lo que es consecuencia de la herencia social que asignado la exclusividad de este tipo de tareas a la mujer. Muchas de estas mujeres se corresponden con parejas igualitarias antes del nacimiento de su hijo/a, ambos trabajan en el ámbito extra-doméstico y luego comporten las tareas domésticas. Se encuentran a medio camino, reconoce que quiere seguir con su vida anterior a la maternidad, pero al mismo tiempo tiene muy presente la “imagen de madre” que se ha perpetuado culturalmente bajo el orden patriarcal, de modo que se enfrenta a una situación que le provoca un conflicto personal y de pareja, donde en numerosas ocasiones aparece la culpa por querer seguir con sus intereses personales, o su trabajo laboral y al mismo tiempo cumplir con el modelo de madre que la sociedad ha establecido.

En sus experiencias una de las informantes relata cómo aunque tiene la posibilidad de hacer uso de una parte de su tiempo para realizar alguna actividad personal, su pareja le anima a ello, ella sin embargo a pesar de afirmar que en ocasiones precisa de ese tiempo para ella, lo rechaza, argumenta que ya pasa tiempo fuera de casa en el trabajo, y toma una actitud de “sacrificio”, que se corresponde con una de las características que debe cumplir la mujer modelada bajo los precepto de la maternidad tradicional, donde existe una imagen de “madre ideal” que en todo momento debe anteponer los intereses de los demás (hijos/as, pareja) sobre los suyos, en referencia a lo anterior Sofía relata:

*“Hay veces que sí, hay veces que necesito desconectar y decir mira la niña, la casa, y todo, me voy, hasta luego, pero no lo hago.”*

*Investigadora: ¿y por qué no lo haces?*

*Pues porque, por comodidad, por comodidad no, por preocupación, yo sé que si el trabajara un turno de decir: mira trabajas de tal hora a tal hora, y el resto pues nos partimos y si tú quieres hacer algo lo haces, y si yo quiero hacer algo lo hago, pero como vivimos sin horarios, vivimos a la que cae, pues es más complicado, el poco tiempo que tienes tras el trabajo pues te apetece disfrutarlo con ella, entonces como que te limita a ti el tiempo libre tuyo.” (Sofía)*

Así se justifica Daniel para explicar por qué no hace uso de parte de su tiempo para interés personal, su pareja a pasar de ello le anima a que lo haga *“Pero eso porque tú quieres porque no hay ningún problema”*, en su relato aparecen argumentos para justificar el sacrificio femenino frente al bienestar de su entorno y la culpa también hace acto de presencia ya que *“el poco tiempo que tiene tras el trabajo”* se lo dedica a su hija.

En consonancia con el anterior relato nos encontramos con otra pareja donde el Álvaro está fuera de casa de lunes a viernes por motivos laborales, antes de ser madre Lucía trabajaba fuera de casa y ejercía su profesión a la par de que dedicaba tiempo para realizar diferentes actividades de ocio personal. Tras la maternidad y debido a su situación personal, ha sufrido un gran cambio en su estilo de vida, le gustaría poder *“salir”*, o sea, disponer de tiempo para ella y se siente culpable por este sentimiento: se compara con su madre.

*“(…)mi madre yo creo, que aparte de que me tuvo me tuvo muchísimo más joven, mi madre a mi edad ya nos tenía a mi hermana y a mí, el hecho de pensar como yo pienso en me gustaría salir y tal, yo sé que es egoísmo y mi madre seguro que no lo pensaba.*

*Investigadora: o sea, ¿tú crees que eso es egoísmo?*

*A ver para mi yo digo, hasta yo soy egoísta, o sea, o sea, soy así no sé, pero a lo mejor en ese aspecto soy egoísta.” (Lucía)*

Lucía está fuertemente influenciada por el rol tradicional de madre sufridora y sacrificada que acepta de buen grado el papel que le asignado, y ante la posibilidad de querer otra cosa aparece el malestar, *“la culpabilidad”* y ella se considera egoísta por desear tiempo para ella.

Las mujeres del perfil transicional reconocen el cambio de rol respecto al reparto de tareas reproductivas, comparten parte de ellas con sus parejas, pero todavía conservan gran cantidad de rasgos que se corresponden más con un reparto desigual. La educación que estas mujeres han recibido les ha influido de manera notable en cómo perciben el papel de la mujer, aunque su pareja también participa en las tareas de la esfera reproductiva, y son conscientes de la situación. Verónica relata cómo desde su infancia en el seno familiar, todos los miembros, pero en especial su madre, han ejercido influencia, de modo que ella ha incorporado aspectos que son propios de un reparto tradicional de roles:

*“(…) me han educado para eso porque mi familia es machista, porque en mi casa mi madre era la típica mujer todoterreno que trabajaba, que limpiaba, que cocinaba, que*

*fregaba, y mi padre era, mi padre es un gran hombre, pero mi padre no ha fregado en su puñetera vida, si, si, no es así. Entonces mi madre me ha programado para que sea su compañera, (...) como antiguamente las madres hacían que las hijas heredaban ese rol y además les servía a ellas de ayuda en casa, porque a mi hermano nunca se le pidió que lo haga y mi padre no lo hace, o sea, quiero decirte, un machista, lo que viene siendo un machista. Entonces yo estoy programada, y para mí un sábado por la mañana me satisface enormemente, te lo juro, siento, me da rabia decir esto, pero me satisface hacer la limpieza y ver mi casa como los chorros del oro, es que, me siento súper a gusto.”(Verónica)*

Verónica es consciente de su situación, la cual no le gusta y no quiere transmitir a su hija, desea evitar la asociación entre el hecho de ser mujer con la necesidad de ocuparse de las tareas domésticas y así lo expresa: *“(...) quiero ser un modelo progresista para ella, no quiero repetir el modelo que me dieron mis padres y que ella tenga la necesidad de limpiar los sábados por la mañana para sentirse realizada.”*(Verónica), se encuentra con un conflicto personal entre el deseo de romper con los valores que le fueron transmitidos desde una educación basada en el reparto desigualitario y el deseo de alcanzar junto con su pareja un modelo equitativo en relación con el cuidado de su hija y las tareas domésticas.

Las mujeres de este perfil viven la maternidad con ambivalencia, aún en la actualidad pesan mucho las características culturalmente asignadas a la figura de “mujer-madre”, que debe anteponer las necesidades de los otros frente a las propias, y la culpa que les acompaña en caso de no cumplir con ello.

### **PAREJA DESIGUALITARIA**

Este perfil es el menos observado en las entrevistas, pero como ya se ha comentado parte de las parejas entrevistadas sí que mantienen algunas actitudes que son propias de este perfil, el cual se corresponde con el modelo de sociedad patriarcal, donde la mujer es definida por su sexualidad y el hombre por el trabajo<sup>647</sup>.

En el caso del perfil de padre desigualitario nos encontramos con un hombre que considera el proceso de nacimiento, el embarazo, parto y puerperio, así como la crianza infantil como tareas propias del sexo femenino, por lo cual no se plantea su inclusión o participación en el proceso de nacimiento. En el caso del reparto de tareas domésticas cae casi de forma “exclusiva” sobre la mujer, aunque cabe destacar que de todas las parejas entrevistadas, incluso aquellos que se asemejan más a este tipo de perfil participan o refieren hacer alguna tarea doméstica. En relación con la esfera laboral este perfil de hombre tiene muy interiorizado su papel de proveedor de la familia, a pesar de que su pareja también trabaja fuera de casa, no se plantea la cesión de tiempo laboral, reducirlo para cuidar de su hijo/a, Víctor, uno de los informantes que más se asemeja a este perfil relata lo siguiente en relación con el mundo laboral y la paternidad, cuando se le pregunta sobre el cambio de su esfera laboral debido a su paternidad: *“A mí en principio en el trabajo no me va a influir en nada,*

---

<sup>647</sup> Lagarde M. Op.cit.2011.p.107.

*hombre porque (...) porque yo también, sabes, trabajo fuera, estoy fuera, sabes y tengo que ir, es que es mi trabajo". (Víctor)*

Como ya se ha referido con anterioridad este tipo de perfil prácticamente no se ha detectado en los discursos analizados, lo cual puede estar relacionado con la posibilidad de que los informantes participan en el estudio por el simple hecho de participar en un estudio donde van a relatar sus experiencias y percepciones en torno al nacimiento de sus hijos/as y el ejercicio de la paternidad ya les hace partícipes del proceso, y por lo tanto les importa.

De todas las informantes ninguna cumple con este perfil de rol tradicional, pero como se ha mostrado sí que se pueden observar rasgos que se corresponden con él. En el caso de Marisa, relata que en un inicio habían llegado en la pareja a un acuerdo respecto al reparto de tareas domésticas, ambos trabajan fuera de casa, pero con el paso del tiempo, es ella la que se ocupa únicamente de la limpieza, y alega a que ella lo hace mejor: *"además prefiero limpiar yo porque tampoco me fio como pueda llegar a limpiar, risas, entonces prefiero limpiar yo."* (Marisa)

Otro de los rasgos que es más propio de este perfil aparece en el relato tanto de Adriana como Claudia, ya que consideran el embarazo como un proceso exclusivamente femenino, hablan sobre la preparación a la maternidad como una actividad que carece de interés para el hombre, mantienen el viejo discurso de la esfera reproductiva como ámbito vetado para la figura masculina:

*"(...)pero yo creo que es para ti, si, de hecho fue la pareja de una chica el primer día y tampoco ha vuelto, o sea, a él nadie se dirigió directamente, la preparación es para la madre te dicen cuando tú, como tú te vas a sentir, cuando tú tienes que ir al hospital".* (Adriana)

*"(...) porque no tiene ningún sentido de que vayan a "coge el aire así", porque ellos no van a estar en el parto y si están es al final, no van, ellos allí no pintan nada."* (Claudia)

Aunque se ha realizado esta clasificación y descripción de las diferentes categorías de las parejas, no se puede encasillar solo dentro de uno, en todas las parejas aparecen rasgos que se corresponden tanto con el perfil de pareja igualitaria, y como ya se ha dicho el simple hecho de participar en el estudio muestra como ambos miembros de la pareja son sensibles y conscientes de la participación masculina en el proceso de nacimiento, lo cual no tiene por qué ser extensible a otras parejas, ya que se trata de un estudio cualitativo donde se analizan solamente los discursos de las parejas que han querido participar en el estudio, en un contexto determinado, y por lo tanto, no se puede extrapolar al resto de la población. Algunos de los hombres que acuden a las entrevistas cuando lo han hecho junto a su pareja en un primer momento se mantienen en segundo plano, pero en el transcurso de la misma se puede observar cómo van cambiando de actitud y pasan a ser co-protagonistas y relatan su experiencia particular. Todos tiene algo que contar, desde el que se encuentra totalmente involucrado desde el inicio en su nuevo rol de padre, hasta aquel que no se plantea la participación del proceso de nacimiento y por ello les resulta extraño que se les pregunte a él

por ejemplo como fue el trato que recibió por parte de los profesionales sanitarios durante el proceso. En ocasiones, nos hemos encontrado con que hacerle preguntas sobre el proceso les ha hecho plantearse situaciones que con anterioridad no se habían parado a pensar o analizar. Los diferentes estudios<sup>648</sup> relacionados con la materia muestran la coexistencia de dos tendencias, la primera englobaría a lo que hemos considerado la madre/padre desigualitaria/o de nuestra clasificación, donde los “estereotipos tradicionales” se encuentran fuertemente cimentados. En la segunda clasificación es donde se podría incluir a la pareja transicional y la igualitaria, en la cual se da cabida a las nuevas construcciones sociales emergentes sobre los roles de género y familia, aunque matizan como son las mujeres las que siguen invirtiendo más tiempo en estas actividades.

### 3.2. IMAGINARIO SOBRE LA MATERNIDAD

*“La maternidad es uno de los hechos de la reproducción sociocultural. Se sitúa en las relaciones sociales, es decir, en la sociedad y en el Estado –o en cualquier forma de superestructura jurídico-política-, y en la cultura”.*

*Marcela Lagarde y de los Ríos<sup>649</sup>*

Tras el análisis de las experiencias en torno a la maternidad las informantes muestran los diferentes aspectos que integran lo que hemos denominado “imagen de madre”, de los diversos relatos se extraen los matices que conforman el imaginario de la maternidad, siempre desde el punto de vista de las parejas entrevistadas. La maternidad se presenta como un fenómeno biológico, social y cultural que sobrepasa cada uno de estos niveles, con funciones y relaciones establecidas por la sociedad y el Estado<sup>650</sup>, y la madre se presenta como la reproductora de la cultura, siendo la relación con sus hijos/as uno de los procesos culturales más complejos, en un breve periodo de tiempo la madre logra el proceso de humanización<sup>651</sup>.

Desde el momento en que las mujeres conocen que se encuentran embarazadas las entrevistadas relatan cómo sufren una transformación mental que les va a ir preparando para su futura maternidad: *“A mí todo el mundo me dice “el embarazo es un proceso precioso, maravilloso, estas en una nube”;* *“Pues serás tú, maja”, es que es verdad, a ver, tiene cosas muy, muy bonitas, pero para mí ha sido más bien desconcertante, un poco pues la evolución personal que supone”* (Verónica). Son muchos los cambios que acontecen en el cuerpo femenino durante el proceso de nacimiento de su hijo/a, los físicos son evidentes, y además son controlados notablemente por la asistencia sanitaria que reciben las mujeres embarazadas, sin embargo, los cambios psíquicos sufridos por las mujeres embarazadas, los cuales no son tan evidentes, ni tampoco son tan valorados desde el punto de vista de los programas de control gestacional, parto y puerperio, y sin embargo, para las mujeres embarazadas si son parte fundamental del proceso.

<sup>648</sup> Calderón NM, Ruiz CH. op.cit. p.89.

<sup>649</sup> Lagarde M. Op.cit. 2011. p.267.

<sup>650</sup> De Dios DS, Equidad de género y embarazo, PerinatolReprodHum, 2014; 28 (2).p.76.

<sup>651</sup> Lagarde M. Op.cit. 2011. p.391.

Elisa al recordar los diferentes cambios que sufrió durante la gestación, tras un largo silencio para reflexionar sobre ese momento tan especial, refiere lo siguiente:

*“(Silencio) Es complicado responder, que puedo destacar, no se es una época de, sobre todo destaco los cambios, los cambios mentales, emocionales, eh, que sufres como una transformación progresiva, es muy, es muy, un estado de muchísima felicidad y parece que todo lo que si sientes se concentra en esos meses todo, y es un estado, y es verdad que es de esperanza, es, es un momento, para mí fue muy feliz.” (Elisa)*

Una amalgama de sentimientos acude a la mujer gestante desde alegría a la tristeza, se encuentran en un momento de fuerte labilidad emocional, donde sopesan los aspectos positivos y negativos que conlleva la nueva situación a la que se enfrentan, “la maternidad”, en su modo de vida. Cuando Sofía habla de la maternidad muestra sus sentimientos los cuales son positivos y dice: *“Pues la verdad es que ha sido una felicidad y un cambio de vida para mejor, sí, o sea, son, es otro concepto, o sea, una sonrisa, un, un, como un pequeño abrazo, y todo eso es el motor de mi vida ahora mismo.” (Sofía)*

Pero entre los diferentes discursos respecto a las emociones de las mujeres está presente la ambivalencia que sienten las mujeres frente a la maternidad, en primer momento, muestran su alegría ante la nueva situación, a lo cual le preceden sus “miedos” ante los diferentes cambios que prevén va a tener su vida en el momento en el que sean madres.

*“Quiero decir, considero que ser madre es precioso, lo llevo queriendo toda la vida y voy a querer a mi hijo como nada en este mundo, pero considero que sigo siendo una mujer, sigo siendo amiga, sigo siendo una hija, sigo siendo una persona, no soy solamente madre en el mundo” (Pilar)*

*“(…)bueno... y en el momento en el que decidimos ir a por el bebé y tal, y ya me enteré de que estaba embarazada, ese momento dije “¡que contenta, pero, ah que miedo, mi vida laboral, ay ahora, todo lo que tenía pensado hacer, seguir formándome, um, yo que sé, meterme de lleno en una profesión, todo esto, yo soy consciente de que va a estar aplazado, porque para mí ahora mismo es más importante el bebé claro. Y bueno pues es una dualidad entre una persona que desea ser mamá plenamente pero también quiere ser una mujer trabajadora plenamente.” (Verónica)*

Se replantean su situación personal, la futura maternidad produce alegría, que se acompaña de incertidumbre y miedo, en los relatos de las informantes se repite en desconocimiento que tiene las mujeres sobre esta nueva etapa a la que se enfrentan, desconocen cuáles son los cambios que van a experimentar, los cuidados que precisa un recién nacido, con sus relatos contradicen a lo que se ha conocido culturalmente como “instinto maternal” donde la mujer debe conocer todo lo relacionado con la crianza infantil por el hecho de ser mujer, pero en los relatos las parejas hablan de cómo se sienten “novatos/as” al enfrentarse al nuevo rol de “madre/padre”, y reconocen la necesidad de un aprendizaje que les permita abordar la nueva situación.: *“(…)yo no tengo ni idea, yo no he sido madre nunca.” (Adriana)*

El ejercicio de la maternidad requiere de una serie de conocimientos que se van a ir adquiriendo, igual que su pareja, las dudas sobre la capacidad de la crianza aparece durante el embarazo, así lo muestra Verónica: *“¿lo haré bien, estoy preparada psicológica y emocionalmente?”*. Esta falta de conocimientos sobre la maternidad provoca desconfianza sobre las capacidades para el cuidado, Marisa siente que su pareja está más preparada para ello, de forma que con su argumento se enfrenta a la idea de que la mujer es la más capacitada para la crianza:

*“(…) él al niño lo va a cuidar mejor que yo, eso lo tengo muy claro.*

*Investigadora: sí, ¿y porqué crees que lo va a hacer?*

*No sé, porque yo no tengo mucha paciencia y luego yo que sé, pues a lo mejor me da miedo hacer una cosa, lo veo a él como más, no sé cómo explicarte, más decidido más... que no le da miedo nada, entonces yo creo que lo va a cuidar mejor él.” (Marisa)*

La maternidad produce una dualidad en las mujeres, las cuales afrontan diferentes intereses que están enfrentados o son difícilmente compatibles, su mundo personal, laboral y personal (mujer-madre, mujer-trabajadora, mujer-persona). Esta dificultad de afrontar el nuevo rol de madre que afrontan las mujeres lo expresa Elisa:

*“(…)es que es muy fuerte la transformación que sufrimos mental, para mí lo más, lo más duro, lo mental, porque lo físico es verdad que estas cansada, que si la anemia del parto, que si un montón de cosas, pero lo más duro es la transformación mental, eso sí, una vez que, que, no sé, llegas a ella es todo maravillosos, pero claro falta tiempo”.*

En los diferentes discursos se han repetido los sentimientos de incertidumbre, desconocimiento, miedo o desconfianza hacia la propia capacidad femenina para el cuidado, crianza y hacer frente al proceso de nacimiento, este tipo de actitud se contrapone a la asignación cultural de la capacidad innata femenina para el ejercicio de la maternidad, la cual como refiere Delia Selene De Dios *“ está insertada en la subjetividad femenina desde un imaginario social que plantea la maternidad como destino inmutable de las mujeres, como una realización del ser”*<sup>652</sup>, que no se corresponde en el caso masculino, ya que la paternidad culturalmente se aprende, por lo tanto no es innato.

En la actualidad nos encontramos con que las mujeres precisan información que les permita cubrir las lagunas de desconocimiento a las cuales se enfrentan en el ejercicio de la maternidad. El actual estilo de vida que tienen las mujeres, en un mundo globalizado, en el cual las familias viven en núcleos pequeños y aislados, junto con el descenso de la natalidad, hace que ambos miembros de la pareja se enfrenten a la nueva etapa sin haber estado en muchos casos en contacto con ningún/a bebé, esta situación lleva a las mujeres a sentir que precisan de ayuda, en este caso en forma de información, para aprender a ejercer su nuevo rol:

---

<sup>652</sup> De Dios DS. Op. cit. 2014.p.77.



*“(...)la ayuda en el posparto, que ahí hay falta de información, creo, que piensas que igual que sí que la has tenido, pero cuando llega el momento te das cuenta de que no. (...), si te ves más perdida, que es cuando en realidad lo necesitas.” (Lucía)*

El peso de la “imagen maternal” tradicional subsidiaria de la sociedad patriarcal que evoca a una mujer cuya dedicación exclusiva es la crianza de los hijos/as y el ejercicio de las tareas domésticas, la cual por el hecho de ser mujer se encuentra preparada para ello, y es poseedora de un “instinto maternal”, está muy presente actualmente en el imaginario de la maternidad de nuestras entrevistadas. La evidencia nos muestra como la “imagen idílica de la madre con su saludable bebé” es la que se publicita en nuestra cultura, donde la maternidad se presenta como el “logro sublime” femenino<sup>653</sup>. Considerar que la mujer posee este instinto natural para la crianza infantil, que le dota de las cualidades específicas y necesarias para el cuidado, hace que Nuria hable de este modo sobre la capacidad de cuidar de su hijo, donde la participación de su pareja es una “ayuda” complementaria, y no una responsabilidad:

*“Y luego pues Juan, pues se cogerá los permisos legales que le correspondan y supongo, que bueno que pues el día a día me ayudará en todo. Juan es muy dispuesto, es hombre un poco patoso (risas), pero bueno, nadie... no sé, yo creo que es que nosotras tenemos un gen por ahí, un don especial que ellos les cuesta un poquito más desarrollarlo.”(Nuria)*

La mención del “instinto maternal” se repite en los relatos de las informantes, también hablan sobre la maternidad como uno de los objetivos que tiene toda mujer en la vida para sentirse realizada, que en ningún momento se le presupone al hombre. Este tipo de discurso aparece en el relato de Verónica, se corresponde con una mujer que cumple con un perfil de pareja transicional, la cual ha recibido una educación y socialización marcada por un modelo transicional, el cual desea superar junto a su pareja con la cual quiere compartir la crianza de su hija, pero sigue mostrando rasgos que pertenecen más a una visión tradicional de la maternidad.

*“(...) pues que toda mujer tiene, yo por lo menos creo, bueno a lo mejor esto es generalizar, a lo mejor hay mujeres que no, pero nacemos, en ese sentido creo que nosotras tenemos, a ver no es por ser feminista o machista, pero creo que el instinto de ser mama, es que es algo que está, es una impronta de la mujer, o sea, toda mujer se ve con un hijo en su vientre más tarde o más temprano. (...), pero ese instinto está ahí, es fisiológico, y es muy fuerte, muy fuerte, muy fuerte, mucho más que en un hombre. Un hombre a lo mejor puede no tener hijos y no lamentarlo, pero una mujer, yo creo que sí, siempre llega a lamentarlo, no haber tenido hijos. Entonces claro la maternidad es algo que te pide fisiológicamente el cuerpo, el alma, la mente, es algo vital para una mujer. Y por otro lado, pues para nosotros es muy duro, ahora mismo, es renunciar a la vida profesional, renunciar a tu evolución como persona, la sociedad no te ayuda y sigue siendo muy, muy, muy machista” . (Verónica)*

---

<sup>653</sup> Maroto G, García MM, Mateo I, El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias, GacSanit, 2004;18(2).p.13.

Se trata del relato de una mujer joven, formada, con estudios superiores, que forma parte del mundo laboral y que considera su vida profesional como una parte importante de su vida. Mantiene un discurso contradictorio que enfrenta la idea de la maternidad como objetivo en la vida femenina frente a la renuncia que supone la maternidad, la dureza que le acompaña, este sentimiento de ambivalencia que le provoca se mantiene durante todo el relato.

El sacrificio femenino permanece muy presente en el imaginario de la maternidad, donde las mujeres han integrado la idea de la “buena madre” como aquella mujer que prioriza el beneficio ajeno frente al mutuo, aunque esto le suponga sufrimiento, en todos los sentidos, tanto psicológico, por dejar de lado las aspiraciones personales para dedicarse a la crianza, hasta sufrimiento físico, como relata Judit para la cual aguantar el dolor que le produce amamantar a sus hijos es una muestra de lo que desde su punto de vista forma parte de la imagen de madre.

*“(...)desde mi punto de vista, es hacer todo lo que es bueno para ellos, no anteponiéndome yo, “yo no voy a dar el pecho porque así se lo das tu y yo descanso”. No, para mi yo sé que el pecho es lo mejor, la mejor leche, pues aunque este que me caiga ellos son los primeros, aunque me duela el pecho cuando tuve la mastitis que es que eran, eran unos lagrimones tremendos con ese dolor, pero yo sabía que eso era lo mejor y yo es lo que quería.” (Judit)*

La idea del “instinto maternal” es también mantenida por Lara, matrona que resalta la falta del “instinto paternal” como justificación de aquellos hombres que no se involucran en el proceso de nacimiento, no equiparable a la mujer, la cual si lo tiene y no precisa adquirirlo con el tiempo.

*“(...)realmente yo con el tiempo he visto que desde luego las hormonas no están igualmente de afectadas que las femeninas, es decir, que tú , el marido por amor ati hace cantidad de cosas en el embarazo y el parto que no le sale, que no le salen de él, que es que no tiene todavía el instinto paternal ,que no le ha salido todavía, que muchos lo empiezan a adquirir cuando el niño es grande, y hasta entonces hacen las cosa porque no les queda otra, pero no le sale(...)” (Lara)*

Para Carmen, matrona, que se mantengan estas ideas se debe a la educación que se recibe en la infancia, donde el modelo patriarcal está muy presente en la sociedad occidental:

*“Partiendo de que la educación en los... um, en el género masculino, parece que no hay necesidades emocionales, que una persona, un chico no tiene necesidades emocionales, no se estresa, no llora, no se pone triste, no se pone nervioso, no se enfada, no, son fuertes, son seguros, son tal (...)”*

## **EL LADO OSCURO DE LA MATERNIDAD**

La maternidad se ha presentado desde el punto de vista social con toda una serie de ventajas, como un fin en la vida de las mujeres, un objetivo sin el cual no se encontrarán completas, la

existencia femenina se ha supeditado al ejercicio de la maternidad, tanto en lo privado como en lo público prevalece la idea del deber de cuidar a los otros/as.<sup>654</sup> Algunas de las informantes cuando hablan de la maternidad relatan una serie de sentimientos los cuales son nuevos para ellas, las expresiones sobre la felicidad que provoca la maternidad son múltiples y están presentes en todos los relatos de las mujeres informantes, esta clase de expresiones resaltan los aspectos positivos que han encontrado en la nueva etapa que están experimentando.

Julia cuando habla de la maternidad expone que se siente tan gratificada que supera los esfuerzos o sacrificios que realiza desde que es madre: *“Pues claro tienes ahí unos sentimientos que a lo mejor hacía tiempo que no tenías, pues de esos de decir: “es que te quiero tanto que...no sé”, y es...luego piensas cosas, de decir: “es que esto no lo haría por nadie, despertarme cada hora y media durante no sé cuantos meses o...”, y no te importa, porque es que es algo que dices, o la noche pues lo paso fatal y por la mañana la ves y dices “ya está, es que haría esto otras mil veces más”, no se es algo super bonito.”*(Julia) Siguiendo esta corriente en su relato Sofía habla sobre lo que ha supuesto para ella el cambio, refiere que desde que es madre su vida ha mejorado, y la maternidad ocupa el centro de la misma: *“Pues la verdad es que ha sido una felicidad y un cambio de vida para mejor, sí, o sea, son, es otro concepto, o sea, una sonrisa, un, un, como un pequeño abrazo, y todo eso es el motor de mi vida ahora mismo.”* (Sofía) Para Claudia la maternidad ha supuesto un punto clave dentro de su vida, que despierta sentimientos que se ve incapaz de describir: *“(...)es verdad que hasta que no lo vives pues no, no lo valoras y tal, y sabes qué, que la miras y dices “me la comería”, quiero decir que lo, el sentimiento, y todo lo que tu sientes yo creo que es algo único, y yo creo inexplicable, que solo la gente que lo vive lo entiende, sabes, es verdad que te pasa las horas mirándola, los días, todo, los minutos.”* (Claudia)

Los sentimientos positivos que provoca la maternidad en las mujeres son muy fuertes y profundos son reproducidos en los discursos de las mujeres entrevistadas, *“(...)y yo encantada con mi niño, yo feliz, o sea vamos lo más bonito del mundo, lo adoro, fenomenal”*(Pilar), pero también aparece lo que se puede denominar “el lado oscuro de la maternidad”<sup>655</sup>, término que se ha utilizado para hablar o nombrar aquellos aspectos ligados al ejercicio de la maternidad que suelen permanecer ocultos o no son tratados cuando se habla de la maternidad. Nos encontramos con que las mujeres llegan al momento que precede al nacimiento cargadas de esperanzas y pensamientos positivos, tienen grandes expectativas al respecto, a lo cual contribuye enormemente los atributos que la sociedad se ha encargado de transmitir a las mujeres, puesto que basta con echar un vistazo a cualquier anuncio, revista, o imagen relacionada con la maternidad donde no se muestre a una estupenda mujer que porta en su regazo a un/a precioso/a bebé, exhibiendo la perfección en el ejercicio de la maternidad; pero

---

<sup>654</sup> De Dios DS. Op.cit.p.73

<sup>655</sup> Como muestra Laura Gutman en “La maternidad y el encuentro con la propia sombra”, tras el parto: “Acontece un choque brutal entre el estado de embelesamiento de la barriga y la apología del embarazo entre tules y puntillas, y este ser real de carne hueso que llora sin para. La mayoría de las madres se lamenta “porque nadie les ha contado cómo era realmente la crianza de un bebé” (...).” Gutman L, La maternidad y el encuentro con la propia sombra: crisis vital y revolución emocional, 2ª Edición, Barcelona, RBA, 2007.p.80-1.

que ocurre cuando son madres, que aparece una cara que ha sido bastante menos tratada públicamente o más escondida por la sociedad. El cambio de vida, cambio en las prioridades, la adaptación o adquisición del nuevo rol de madre y las posibles dificultades que pueden aparecer, hace que las mujeres entrevistadas nos hablen sobre estos aspectos más complicados que se encuentran vinculados a esta nueva etapa, y que van más allá de lo que puede ser una simple adaptación durante el puerperio y por el que pasan todas las familias al dar la bienvenida a un nuevo miembro. La vivencia de la maternidad se encuentra fuertemente influida por los cambios sociales, se prioriza el bienestar y calidad de vida, donde no solo destaca el “placer de ser madre”, sino todos los factores que le envuelven e influyen en las mujeres<sup>656</sup>.

*“(…)y luego pues lo de después que la depresión posparto, esta que eso, yo para mi sí existe, yo pensaba que no existía y si existe, porque yo lloraba todos los días, o sea sí.”(Marisa)*

Elisa habla sobre la maternidad tras su propia óptica, describe la ambivalencia que siente, donde se precisa una adaptación, una ruptura con su anterior “yo”, para poder integrarse dentro de esta nueva faceta, y refiere: *“(…)no lo puedo explicar, pero algo muy, muy gratificante, ya no me imagino mi vida, me ha dado una vuelta por completo, no me imagino mi vida sin él, y ya no me acuerdo como era antes de tenerlo, o sea no me acuerdo para nada, no sé, y lleva, tiene 5 meses y medio, pero no me acuerdo ya quien era antes del niño. Muy gratificante, muy dura también, muy, es, sientes también como un conflicto interno, que hay muchas, no sé, que hay muchas partes de ti que están intentando adaptarse a la situación y no todo es alegría por supuesto, hay momentos muy duros, muy difíciles, el primer mes y medio es horrible, pero, pero muy bien.”*

La dedicación exclusiva que requiere un/a recién nacido/a por sus necesidades especiales precisa de una adaptación que en ocasiones se acompaña de sentimientos negativos respecto a la maternidad : *“(…)que te digan que vas a llorar que te vas a sentir sola por mucha gente que tengas al lado, que, que vas a sentir una mierda, que te van asaltar un montón de dudas, que es normal que desees que no querer haber sido madre, aunque tú, en tu interior estas convencida de que era lo que más querías, pero que en esos momentos vas a sentirte tan desprotegida, que es normal que pienses, y tan vulnerable, que es normal que pienses “para que se habrá ocurrido ser madre, con lo cómoda que estaba tal, ocupándome de mi”, y que te enseñen que no te tienes que sentir culpable por eso porque lo piensan y lo sienten casi la mayoría de mujeres”*. Verónicanos muestra su visión tras convertirse en madre, resalta la falta de sinceridad que acompaña a los discursos donde se trata la maternidad, situación que coloca a las madres en un punto de salida en el ejercicio de la maternidad donde las expectativas iniciales distan de la realidad: *“(…)entonces creo que no se habla claro, se mitifica esto, es un cuento Disney esto y se vende, y sobre todo el fin de que se maquille es la venta, la venta de, de la maternidad y de la lactancia eh como un producto, y es la venta.”* (Verónica) La dependencia de los bebés, el paso de ser una persona individual a la diada madre-recién nacido/a, supone

---

<sup>656</sup> Maroto G, García MM, Mateo I.Op. cit.204.p.13.

una transformación por la que pasan las mujeres, a la cual se le debe sumar durante los primeros meses la recuperación tras el parto y la readaptación corporal, por todo lo anterior, esta etapa conocida como el puerperio se presenta como un momento de gran vulnerabilidad.

*“Pero debes ser madre, tienes que tener tiempo para todo y no, el día no da de sí, gracias que puedo hacer la comida, porque de casa lo hace todo el, yo no puedo hacer nada, y es que es , o sea, no se puede hacer nada, si quieres tener al niño más o menos, su ropa colocada, sacarlo de paseo, se acabó, se acabó el día.”(Pilar)*

*“(...) a lo mejor no te lo imaginabas como realmente es, porque sí que es un poco duro, los, las primeras semanas o así. Para mí lo que peor he llevado a lo mejor, es el que no descansa, no estás físicamente al 100 por 100%, y es eso, que no lo disfrutas a lo mejor tanto como, como..., claro, como querías, sí.” (Judith)*

Las mujeres informantes se refieren a este periodo como un trance duro, donde se suma la falta de tiempo, la necesidad de dedicación exclusiva, el aprendizaje mutuo entre la madre y el recién nacido/a, la falta de descanso nocturno...; todos estos argumentos se repiten en los relatos de las mujeres informantes cuando hablan de su maternidad.

*“(...) igual el problema, o sea, con la lactancia tuve problemas desde el primer día, pero era por todo, era porque el niño no paraba de llorar, no dormía, no consiguió que durmiera, no descansaba, entonces eso era un círculo vicioso, es que toda la santa noche, o sea de, nada, nada, nada, entonces lo pase mal, pero bueno, tampoco, sabes, no era exclusivamente por la lactancia, era por todo.” (Adriana)*

*“A ver a mi me está gustando porque sé que es lo mejor, pero es duro (está hablando de la lactancia materna),*

*-Investigadora:¿dura en qué sentido?*

*Es duro, pues estar pendiente siempre, o sea yo no pudo salir de casa sin, sin decir “uy no me puedo quedar más o...”, que a mí ya me da igual darle en cualquier lado, pero ella ya es que esto, la quiero dejar un ratillo para yo hacer cosillas pues no puedo, tengo que estar muy cronometrada, entonces es durillo en ese sentido, o que no pueda por ejemplo, en la noche que no pueda darle otra persona, pues en ese sentido.” (Lucía)*

Lucía se enfrenta a una dualidad, el cambio de vida que le ha supuesto la maternidad le lleva a afirmar que *“tiene bajones”*, los cuales atribuye a la transformación sufrida desde el nacimiento de su hija: *“yo creo que un poco de todo pues que estoy cansada, eso, que no estoy haciendo pues lo que hacía antes, o veo a mis amigas que están por ahí, sobre todo en el verano, que yo en el verano no paraba, pues así un poco de todo, de todo.”* (Lucía) La percepción que tiene de necesidad de tiempo para ella, le hace sentirse *“egoísta”* al compararse con el modelo de maternidad que ejerció su madre, el cual se corresponde con el rol tradicional de asignación femenina de las tareas domésticas, *“(...)el hecho de pensar como yo pienso en me gustaría salir y tal, yo sé que es egoísmo y mi madre seguro que no o*

*pensaba*”; Lucía se enfrenta a una contradicción entre lo que ella desea hacer y lo que cree que se espera de ella en relación con el modelo de madre que ha integrado, el cual choca con sus expectativas como mujer independientes del papel de mujer-madre.

La lactancia materna se presenta como uno de los aspectos que las mujeres entrevistadas mencionan al hablar de su maternidad, y en concreto, hablan del hecho de lactar como una situación que supera al “hecho de alimentar”, lleva implícito una fuerte carga de sentimientos positivos debido al fuerte vínculo afectivo que se crea con su bebé, pero también se extrae en sus relatos una cierta acritud, debido a la necesidad de dedicación exclusiva y única por parte de la madre, sobre esta categoría hablaremos en otro apartado.

Cuando las mujeres no cumplen con las expectativas que se han marcado respecto al ejercicio de la maternidad derivadas del “Imaginario de madre” aceptado socialmente como válido, aparece el malestar:

*“(…)me lo metí tanto en la cabeza que luego lo he pasado mal, yo creo que, uh, nadie me presionó, sabes lo que te digo a todo esto, pero yo sola me fui metiendo, me fui creando unas expectativas, me fui metiendo unas cosas en la cabeza que luego me ha salido todo al revés (…)”.*(Adriana)

La relación entre la maternidad y el trabajo, debido a todas las connotaciones que presenta, se va a desarrollar en un apartado diferente, ya que se presenta como una de las fuentes que más conflicto plantea en la vida de las mujeres que se convierten en madre.

### **3.3.IMAGINARIO SOBRE LA PATERNIDAD**

Como ya se ha relatado en el apartado que describe los perfiles de las parejas, coexisten diversas actitudes que forman lo que vamos a describir como imaginario de la paternidad. Nos encontramos con hombres que se sienten corresponsables de su paternidad y como tal lo expresan, desean estar involucrados desde el inicio del proceso de nacimiento, desde el embarazo de su pareja, y romper con el modelo tradicional del padre que solo ejerce de proveedor económico en la familia. Este perfil masculino se encuentra con una sociedad donde a pesar de haber avanzado en esta materia, la participación masculina en la esfera reproductiva, todavía está muy presente el modelo tradicional, lo que conlleva que se enfrenten con barreras de diversa índole cuando quieren ejercer su paternidad. Manuel relata lo siguiente al respecto: *“(…) Y te meten todos en el mismo, en el mismo bote, pero, pero bueno la sociedad es eso un poco, no te da opción, ahora mismo no te da opción, te descarta realmente, como si fueras pues no sé, un inútil o que no tienes por qué saberlo o que debes saberlo o que no me interesa, hombre eso de dar por supuesto.”* (Manuel)

En nuestra sociedad no está totalmente naturalizado que los hombres se dediquen a la crianza infantil al igual que puede hacerlo su pareja femenina, y aquellos que se quieren integrar desde el embarazo se llegan a ver apartados. Tradicionalmente el papel masculino en la esfera reproductiva se ha considerado “menos importante”, aunque como nos muestran diferentes estudios cada vez es mayor el interés respecto a la vida emocional del padre en la

etapa perinatal<sup>657</sup>. Desde la sociedad, desde la asistencia sanitaria que se presta durante el proceso de nacimiento, desde los diversos ámbitos del entorno masculino no se favorece que los hombres que quieren ejercer una paternidad corresponsable ejerzan como tal, ya que se sienten participes del proceso, Manuel habla el sentimiento durante el embarazo de su pareja, *“Es imposible sentirlo como vosotras, sobre todo en los 9 meses no, pero eres un poco... (risas), parte o gran parte de ello”*, Manuel reclama de este modo su parte de responsabilidad para argumentar su participación desde el embarazo. Para Hugo la participación masculina durante la gestación le parece que es complicada consecuencia de cómo está estructurada: *(...)es que yo creo que es complicado que participe el hombre, o sea no sé, yo creo que muchos ven como que el embarazo como que es de la mujer y ya está, entonces es complicado.”* La evidencia muestra la existencia de “conductas paternas” determinadas por factores biológicos o bioquímicos, que se relacionan con los niveles hormonales masculinos durante el proceso de nacimiento<sup>658</sup>. A pesar de lo anteriormente mencionado las personas que han participado en el estudio resaltan los factores culturales en las “conductas paternas”, y nadie, ni padres, madres o profesionales sanitarias entrevistadas hacer referencia a la posibilidad de que los determinantes biológicos influyan en el hombre, que en el caso de la figura femenina son ampliamente descritos nombrados y conocidos.

Entre las diferentes vías que los hombres emplean para sentirse involucrados en el proceso de nacimiento de su hijo/a consisten en informarse sobre todas sus etapas, capacitándoles para conocer qué es lo que vive su pareja, se trata de un mundo que hasta no hace mucho era exclusivo de las mujeres, un espacio vetado para los hombres al cual se van integrando de forma progresiva, cambiando el modo de relacionarse con su pareja e hijos. Aunque gran parte de los hombres que participan en las tareas reproductivas se consideran un “apoyo” al esfuerzo femenino más que el 50% de la responsabilidad, lo cual repercute en el modo de ejercer los cuidados, donde la madre será la cuidadora principal y el padre el complemento, *“(…), yo colaboro como en todo lo que me diga o por mí, que salga.”* (Pedro), este modo de ver su participación en la esfera reproductiva se legitima desde el imaginario social del padre, donde solo aquellos que tienen la voluntad de participar lo hacen, como nos muestra Juan, el que no desea formar parte del universo de los cuidados de sus hijo/as se ve respaldado por la disculpa del tiempo empleado al trabajo extra-doméstico: *“(…)o te integras tu dentro de la vida o el que quiera pasar, pasa de todo “ ¡ah no, yo estoy trabajando 10 horas al día! , ¡ah yo estoy muy cansado, llego de trabajar 10 horas!”, para mí ,yo sé que hay hombres así, que pasan de todo, y además tiene la disculpa del trabajo,! pues no!, yo quiero que el trabajo sea un poco, para que el rato que este o con un poco más de rato con mi hijo este bien, y este a gusto.”*(Juan)

Participar junto a su pareja en las tareas de crianza comporta muchos beneficios que no obtendría si no se involucrara, pero también conlleva la parte más complicada, que las mujeres han denominado como “dura”, y que se debe a la renuncia que deben hacer a favor de su descendencia, que hasta hace muy poco tiempo era una obligación de las mujeres donde no

---

<sup>657</sup> Maldonado M, Lecannelier F.2008.op.cit.145.

<sup>658</sup> Maldonado M, Lecannelier F.2008.op.cit.146.

intervenían los hombres. Pedro habla sobre los diferentes rasgos de la paternidad compartida junto a la maternidad, donde encuentra aspectos positivos, pero también negativos:

*“A ver positivo todo, o sea positivo el levantarte y ver a la niña pues, joder, se te olvida, se te olvida todo lo malo. Y negativo, pues yo ahora puedo pensar que ahora no duermo bien, (...), hay noches de levantarse 7-8-9 veces, claro es duro si al día siguiente tienes que trabajar es duro, (...), pero bueno luego por la mañana aunque estés con, que hayas dormido 4-5 horas como que se te pasa todo, y le ves y la alegría que tiene y tal, pues se te pasa. Y más aspectos negativos que yo pueda ver, te cambia la vida de todo, a ver no me refiero que sea un aspecto negativo que te cambie la vida, te cambia la vida en cosas por ejemplo yo hago mucho deporte y yo ahora no puedo hacerlo todo.” (Pedro)*

Como ya habían mostrado en sus relatos las mujeres informantes, nos encontramos con que cuando el padre participa al igual que su pareja en el cuidado del recién nacido/a lleva aparejada las vivencias tanto positivas como negativas que supone el cambio de vida, donde el hijo/a se convierte en parte central de la vida, y aparecen las mismas consecuencias que en la madre: falta de tiempo, cansancio, dureza...que se ven compensadas por el vínculo que forman con su hijo/a, lo cual no es posible si no se implica en sus cuidados. Estos hombres participaban en las tareas domésticas antes del nacimiento lo cual se mantiene tras la llegada de su hijo/a a casa. Pero desde el punto de vista social no solo no se equipara la obligación de la madre a la del padre en referencia a las tareas domésticas, sino que aquellos que participan son tratados como algo excepcional, todavía no se ha integrado en el ideario de la paternidad que tomar la responsabilidad que les pertenece en materia de cuidados no es algo extraordinario, falta normalizar la situación, verlo como la norma y no la excepción.

*“Hombre yo pues creo que sí, que ahora se demanda mucho, yo creo que ahora se demanda mucho (se refiere a la participación masculina en los cuidados de su descendencia), lo que pasa es que los padres lo siguen viendo también un poco a veces de otra manera, pero se implica mucho más en la educación al padre, cosa que antes el padre veía al niño de uvas a peras.” (Judith)*

Los estereotipos sobre el rol tradicional de hombre proveedor que no participa en los diferentes aspectos relacionados con la esfera reproductiva (tareas domésticas, cuidado de hijos...) se encuentra presente en el entorno de los informantes, aunque ellos se involucren y sientan necesaria el ejercicio de su paternidad, asuman su parte dentro de las actividades diarias de la familia, perciben sorpresa en su entorno por su actitud.

*“(…), y por ejemplo a mí la abuela de Julia me ve, no es por tirarme el farol, me ve poniendo un pañal o acabas de comer y te pones en el pueblo a fregar los platos a mano, y te dice: “tu, tu eso no lo hagas”, y ¿porque no lo voy a hacer?, “no eso, no se hace, porque esto es cosa nuestra”; el pensamiento de antes, esto es cosa de mujeres.” (Pedro)*



Se sabe poco sobre los cambios psicológicos y emocionales del padre y la transformación a la paternidad, es importante acercarse al hombre durante la etapa perinatal y descubrir el impacto que genera involucrase<sup>659</sup>, pero existen barreras para aquellos hombres que quieren romper con el reparto desigualitario relacionado con las tareas de la esfera reproductiva y quieren compartirlo con su pareja, ellos son conscientes de las mismas, al igual que conocen las ventajas que tiene y el crecimiento personal que adquieren cuando participan de los cuidados, al ejercer una paternidad responsable.

Esta nueva figura de paternidad corresponsable busca la implicación desde el inicio del embarazo, aunque todavía no perciben que ellos sean parte del mismo desde el puesto de vista de la asistencia sanitaria que reciben durante el proceso de nacimiento, Daniel quiere acompañar a la pareja durante el control gestacional pero se cuestiona si puede asistir: *“Si porque yo al principio pregunte (a la matrona), “¿oye yo también puedo venir?”, “si tú puedes venir sin ningún problema, para que también te enteres y tal” (contesta la matrona)”*, Daniel también asiste a los cursos de preparación a la maternidad/paternidad, los ve como un posibilidad de aprendizaje que le permita convertirse en el apoyo de su pareja durante el parto, tras asistir a este tipo de sesiones refiere: *“que también ayuda (acudir a la preparación), porque claro a ti también te sirve, si el día del parto como te han explicado que “oye pues tiene que hacerlo de esta manera”, pues tú te has quedado con la historia, la puedes tranquilizar a ella, “hazlo así, tal”, siempre le, otra persona más que le ayude en ese momento, que a lo mejor como es una persona conocida no es lo mismo que al médico de turno que vas a ver ese día y se acabó, entonces bueno, pues le puedes apoyar.”* (Daniel) Como nos muestra la evidencia la “construcción del vínculo paterno” se realiza como un proceso, donde la interacción y vivencia masculina durante la gestación contribuye en su formación<sup>660</sup>.

En referencia a la integración masculina en el ámbito de las tareas domésticas los informantes refieren reconocer que se está produciendo un cambio en la sociedad que conlleva una mayor participación por parte de los hombres en el desarrollo de las labores de la casa, este apartado será tratado más adelante.

La relación entre la paternidad y el ejercicio laboral es uno de los puntos más conflictivos, donde siguen siendo las mujeres aquellas que ceden su tiempo o modifican sus jornadas laborales para cuidar de sus hijos, aunque aparecen relatos donde se perpetúa el rol de hombre proveedor principal de la familia, también existen otros que están dispuestos a modificar sus trabajo extra doméstico para cuidar de sus hijos, siendo este el punto de inflexión que marca la participación equitativa en el proceso de crianza. La conciliación entre la vida familiar y laboral será tratada con mayor profundidad en otro apartado.

---

<sup>659</sup> Fernández R, Corral Segade ME, Pacheco MJ, El parto desde la perspectiva de género, Rev Paraninfo Digital, 2016; 25.p.2.

<sup>660</sup> Calderón NM, Ruiz CH. Op.cit.2010.p.96.

### 3.4. REFLEXIONES FINALES

Teniendo como referente la participación masculina durante el proceso de nacimiento, la visión de la pareja respecto a la maternidad y paternidad, y el reparto que tienen entre tareas productivas y reproductivas hemos establecido tres perfiles que se consideran un continuum evolutivo desde la ausencia masculina hasta la corresponsabilidad.

Dentro de la pareja igualitaria el padre se presenta como un hombre consciente de su parte de responsabilidad la cual desea compartir con su mujer, quiere ser parte del proceso de nacimiento desde el inicio y participando en cada fase. Este hombre siente o habla de cómo la paternidad le ha influido en su vida, desde la esfera laboral a la distribución del tiempo. Destaca el matiz diferenciador respecto a su pareja de su elección personal, no sentirse presionados desde la sociedad para ejercer este modelo de paternidad, tienen la posibilidad de elegir y la mujer no. No constituye un grupo numeroso entre los entrevistados, han renunciado a los privilegios otorgados por la sociedad patriarcal y deben superar diferentes barreras para lograr el objetivo, pero reconocen los beneficios y el crecimiento personal que les aporta. La mujer que conforma este perfil comparte los cuidados con su pareja y da valor al papel masculino, es consciente de la existencia de desigualdades sociales en la esfera reproductiva así como la evolución de los roles de madre y padre, y desea mantener su espacio personal tras la maternidad. Parejas que se pueden considerar igualitarias antes del nacimiento sufren una ruptura de esta supuesta igualdad en el seno familiar tras el nacimiento de su primer/a hijo/a, siendo la madre la que se convierte en cuidadora principal y máxima responsable de tareas domésticas. Este perfil femenino es escaso entre las mujeres entrevistadas.

La pareja transicional responde al perfil más numeroso entre las parejas entrevistadas, se encuentra a medio camino entre el perfil igualitario y el desigualitario. El hombre se presenta como un padre que quiere formar parte de los cuidados, pero desde el papel de “ayudante”, ya que a pesar de participar en tareas de la esfera reproductiva es la mujer la que carga con más peso. Acompaña durante el proceso de nacimiento a su pareja, lo considera un ámbito femenino, no se plantea su participación pero tampoco la niega si su pareja la solicita. Son conscientes del cambio de rol, pero no termina de desligarse de los privilegios que la sociedad patriarcal le ha concedido; la mayor parte de los cuidados y tiempo que se dedica a la crianza, junto con la solicitud de permisos para reducir jornadas laborales los deja en manos femeninas. La mujer de este perfil transicional comparte como ya hemos dicho tareas reproductivas y domésticas con su pareja, pero conserva actitudes propias del rol tradicional, tiene muy presente la imagen de “madre ideal”, cuya consecuencia es que experimenta un conflicto personal donde aparece la culpa, el sacrificio, por un lado desea seguir con sus intereses personales, pero se encuentra muy presionada por el modelo de madre establecido en la sociedad patriarcal. Son conscientes del cambio experimentado, viven la maternidad con ambivalencia, y cargan con la mayoría parte de tareas de reproductivas.

El perfil de pareja desigualitaria es el menos observado tras el análisis de los resultados, lo cual pensamos se relaciona con la posibilidad de que participen en un estudio en el cual relatan

sus experiencias y percepciones en torno al nacimiento y paternidad/maternidad ya les hace partícipes del proceso. Lo que hemos encontrado en las diferentes parejas son actitudes propias de este perfil descrito. En el caso masculino el proceso de nacimiento así como la crianza infantil son consideradas tareas propias femeninas, y las labores domésticas recaen “casi” de forma exclusiva en manos de mujeres. Tampoco se plantean modificar o ceder tiempo laboral para dedicarlo a la crianza, tienen fuertemente interiorizado el papel de proveedor de la familia. Entre las mujeres informantes ninguna cumple con el perfil desigualitario pero si se han observado rasgos del mismo entre las entrevistadas como dedicación femenina a tareas domésticas sin compartir, o consideración de la gestación un proceso exclusivamente de mujeres.

Ninguna de las parejas entrevistadas se puede encuadra en un único perfil, al participar en el estudio y hacerles diferentes preguntas les hace plantearse situaciones que hasta el momento no habían analizado.

La maternidad se presenta como un proceso biológico que traspasa las barreras físicas del cuerpo femenino para afectar a las mujeres a todos los niveles: psicológico, social, cultural e histórico. Es un proceso donde la mujer se enfrenta a una fuerte labilidad emocional, que van desde la alegría a los diferentes miedos e incertidumbres derivados del desconocimiento de la nueva etapa. Los relatos de las entrevistadas contradicen los aspectos que socioculturalmente se han ligado al “instinto maternal”, el cual presupone al género femenino la capacidad para la crianza y el cuidado por el hecho de ser mujer, sin embargo los discursos femeninos contradicen esta premisa, en numerosas ocasiones se destaca el desconocimiento respecto al nuevo rol y la necesidad de apoyo y aprendizaje, para afrontar las dudas y desconfianza respecto al cuidado.

Por todo lo anterior, los resultados nos muestran como la asignación cultural de la capacidad innata femenina para el cuidado está enfrentada con la realidad, donde se requiere, al igual que la figura masculina de un aprendizaje. Otro de los aspectos destacados es el peso de la “imagen maternal” tradicional subsidiaria de la sociedad patriarcal, la cual evoca a la mujer al ejercicio de la maternidad como objetivo sublime de la vida femenina, las entrevistadas hablan de sentirse realizadas al ejercer la maternidad junto con el “sacrificio” que supone, presente en el imaginario de buena madre. Por lo tanto como se puede ver aunque las entrevistadas pertenecen a una generación de mujeres con estudios o acceso a los mismos, puestos laborales extra-domésticos mantienen ciertas premisas que mediante la sociedad y la cultura han conformado el imaginario social de lo que debe ser y de cómo se tiene que ejercer la maternidad.

Tras los sentimientos positivos que provoca la maternidad relatados por las mujeres aparece “el lado oscuro de la maternidad”, etiqueta que hemos utilizado para recoger las diferentes críticas vertidas por las mujeres al encontrarse con que en el momento en el cual se enfrentan al rol de madre aparecen diferentes aspectos no tratados socialmente, se destacan los positivos dejando la realidad de las mujeres en el olvido, donde las expectativas previas distan de las vivencias, donde la ruptura del anterior “yo”, se acompaña de cambios que pueden

generar sentimientos negativos, ya que socialmente la “madre” debe siempre anteponer las necesidades de los demás a las propias, surgiendo una gran contradicción entre lo que desean realizar y lo que hacen.

#### **4. EL PROCESO DE NACIMIENTO DESDE LA ASISTENCIA SANITARIA QUE RECIBE LA PAREJA**

El embarazo supone un estado dentro del ciclo vital donde tanto la mujer gestante como su pareja se encuentran en una situación de vulnerabilidad, emotividad, labilidad emocional..., por los diferentes cambios que va a experimentar la mujer a lo largo del proceso que se deben a la incertidumbre que le produce el desconocimiento de las nuevas situaciones a las que se van a enfrentar, por los posibles cambios dentro su estado de salud, la percepción o no de riesgo respecto al proceso de nacimiento, y por las implicaciones personales que lleva consigo la asunción de la futura maternidad y la paternidad.

A continuación se va a relatar la experiencia de las parejas durante el proceso asistencial al nacimiento de su hijo/a considerando su óptica personal, percepciones, sentimientos, en definitiva, se trata de dar voz a la pareja como protagonista del proceso de nacimiento desde su punto de vista, como fue la atención recibida, que esperaban de las visitas asistenciales y que se encuentran en las mismas, se trata de conocer cómo viven el proceso asistencial durante el proceso de nacimiento de su hija/o, a la que añadimos la experiencia de profesionales sanitarias que ejercen su función asistencial en el marco del proceso de nacimiento.

##### **4.1.CONTROL GESTACIONAL: LA NECESIDAD DE LA IMAGEN, DE LA INFORMACIÓN Y LA ATENCIÓN**

El control de la gestación supone para la mayoría de las parejas que esperan un/a hijo/a el primer contacto con el Sistema Sanitario, partiendo de que estamos hablando de personas sanas, jóvenes y sin enfermedades crónicas. Las parejas entrevistadas realizan el control de la gestación en el Sistema Público de Salud, acuden a las visitas de control de gestación en Atención Primaria en su Centro de Salud de referencia con su matrona-o, y en Atención Especializada son atendidas/os por ginecólogos/as-obstetras.

El protocolo de control de gestación se establece entre los/las profesionales que visitan a las mujeres embarazadas y se incluyen las actividades mínimas que se corresponden con el Servicio de Atención a la mujer embarazada de la cartera de servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Castilla y León (Sacyl) y las visitas establecidas con los profesionales de Atención Especializada, y supone el marco donde se establecen el número de visitas, pruebas, exploraciones y valoraciones, información sanitaria que deben recibir la mujer gestante y su pareja. En concreto, los/las profesionales sanitarios que atienden a las parejas que participan en el estudio siguen un protocolo consensuado entre el Servicio de Ginecología del Hospital Virgen de la Concha de Zamora junto con la Gerencia de Atención Primaria de Zamora, el cual se publicó en el año 1999 y permanece vigente durante el tiempo en el que se realiza el estudio, supone una herramienta de trabajo en la cual se recoge la edad gestacional a la que se debe realizar la vista de la mujer embarazada, lo que se debe realizar en cada visita y el

profesional encargado de la misma, realizando visitas alternas entre la matrona de referencia de Atención Primaria y las/os ginecólogas/os en Atención Especializada<sup>661</sup>.

De todas las parejas que han participado en el estudio y han sido entrevistadas, tres de ellas a parte del control dentro de la sanidad pública acuden a una consulta privada, de modo que se controlan el embarazo en ambos, sanidad pública y privada. El número de visitas puede verse modificado respecto a las que marca el protocolo cuando durante el control gestacional aparecen complicaciones o problemas. Las gestantes durante el control del embarazo tienen una matrona-o de referencia en el Centro de Salud al cual pertenecen, pero en el caso de las visitas en la Atención Especializada no siempre es el/la mismo/a profesional de ginecología el que les visita.

Las parejas entrevistadas, en concreto las mujeres gestantes, acuden a las visitas del control del embarazo con una serie de preconcepciones que derivan tanto de las experiencias previas de su entorno (familiares, amigas), como del concepto de embarazo, parto y puerperio que tiene la sociedad y se transmite a lo largo del tiempo mediante todo tipo de fuentes de información, desde las revistas especializadas en el proceso de nacimiento donde se incluye el embarazo, parto y puerperio, y la crianza infantil, hasta películas o la publicidad, se encargan de transmitir diferentes mensajes entorno a la maternidad y la paternidad, todo esto deriva en que el contacto de las parejas con los diferentes profesionales sanitarios no es aséptico, en el sentido de que las parejas poseen una serie de conocimientos previos condicionados, los cuales van a influir en el proceso asistencial, situación especial que no se equipara a otros procesos relacionados con la salud, y a los que se suman las necesidades de información y conocimientos que presentan las parejas y precisan ser cubiertas. El proceso gestacional es multidimensional y afecta a todas las facetas de la vida de la mujer y su pareja, y como tal deben considerar en los diferentes controles gestacionales que tendrán lugar durante el embarazo.

El desconocimiento con el que las parejas primerizas se enfrentan al nacimiento de su hijo/a hace de los contactos con los diferentes profesionales sanitarios una de las principales, y en la mayor parte de los casos la principal, fuente de información del embarazo.

Desde que las mujeres saben que se encuentran embarazadas perciben la necesidad de asistencia sanitaria donde se les confirme de forma objetiva mediante diferentes pruebas, aunque ellas ya conozcan que están embarazadas tras realizarse un test de gestación con un kit de los que se venden en las farmacias. Tras conocer que están embarazadas acuden a la

---

<sup>661</sup> En la publicación "Captación, Valoración y Seguimiento de la mujer embarazada. Atención Primaria. Dirección Médica. Zamora 1999", se recogen los objetivos del protocolo, el número de revisiones y la edad gestacional en la que se debe llevar a efecto, quién las realiza y dónde, la evaluación de cobertura, estructura y resultados, en los anexos aparece la valoración del riesgo obstétrico, las exploraciones obstétricas, el contenido de las analíticas, infecciones durante la gestación, signos y síntomas de alarma y actitud frente a ellos, hallazgos analíticos y actitud frente a ellos, síntomas frecuentes, hemorragia genital durante la gestación, pre-eclampsia y eclampsia, diabetes mellitus gestacional, medicamentos y gestación, nutrición y gestación, consejos generales para la embarazada, preparación al parto y psicoprofilaxis, lactancia materna y normas técnicas mínimas.

consulta de su matrona de Atención Primaria en el Centro de Salud, donde se le abre la cartilla o historia de embarazo, se solicitan las pruebas que marca el protocolo para el primer trimestre (analítica y ecografía), y se deriva a Atención Especializada para hacer la ecografía del primer trimestre y la visita obstétrica que tendrá lugar alrededor de las 12 semanas de gestación en Atención Especializada.

El tiempo de espera que transcurre desde que conocen que están embarazadas hasta que se les hace la ecografía del primer trimestre, que se corresponde aproximadamente con las 12 semanas de gestación, es percibido por parte de las gestantes como un periodo de incertidumbre o nerviosismo, puesto que aunque como refieren “se encuentran bien”, precisan de la confirmación de su estado, en este caso una imagen que les muestre de forma objetiva que están embarazadas.

La tecnificación del control de la gestación es un hecho, está dentro de lo que se considera mecanicismo o tecnificación de todos los procesos asistenciales, pero en este caso concreto no se trata de una enfermedad, sino de un proceso fisiológico al cual se da una asistencia sanitaria con el fin de evitar complicaciones o detectarlas para poder intervenir sobre ellas. El objetivo que se busca con el control el embarazo es finalizar la gestación con un estado de salud óptimo de la diada madre-bebé, pero nos encontramos con una consecuencia que no se persigue, y es la dependencia que las mujeres experimentan durante la gestación de la asistencia sanitaria y en concreto, de los avances tecnológicos, como la ecografía, para verificar su bienestar. Esta situación particular lleva a las mujeres a referirse en numerosas ocasiones a los resultados de las ecografías como referente de los cambios experimentados por ellas durante su embarazo, en el caso particular de Claudia relata como la 1ª ecografía que le realizan se convierte en el instante en el cual integra su nueva situación, el embarazo, momento que les suscita un torrente de emociones:

*“(...) ese día para mí fue muy impactante, (...), nos hicimos la prueba del embarazo, y nos dijeron que era positiva y entonces luego fuimos a la consulta (en este caso acuden a una consulta privada), y ahí es cuando me hizo la eco, y entonces, es cuando empezamos a escuchar el corazón, y para mí, eso claro después de todo un poco la emoción.” (Claudia)*

Aunque el control de la gestación y el total del proceso de nacimiento se haya en un modelo asistencial que mantiene muchos puntos de lo que se denomina “mecanicismo o tecnificación”, durante el transcurso de las entrevistas las profesionales sanitarias en numerosas ocasiones a pesar de estar inmersas en este modelo reconocen al embarazo como un proceso fisiológico que conforma una etapa más en la vida de las mujeres y como tal debe ser tratado.

*“A mí me parece que el embarazo es una etapa fisiológica, es decir que, que como todo puede tener riesgos porque hay patologías, hay muchas complicaciones, pueden existir, pero lo normal es que todo vaya normal, y entonces, que todo sea, el embarazo una*

*etapa más en la vida de la mujer, entonces que todo transcurra de una forma fisiológica, entonces, tu um... deberías orientarla para que es todo normal (...)*.(Lara)

*"(...) yo lo considero un estado natural de la mujer, y de hecho lo primero que decimos en la primera consulta es "¡sólo estas embarazada!", es decir, vida normal, no hay más, otra cosa es que luego pase algo, entonces ya hablaremos de lo que pase, pero en principio "¡tu estas embarazada sin más!"*(Berta)

*"(...)es algo fisiológico, y algo que se tiene que ir adaptando a medida que van pasando los meses, las semanas, los meses, tiene que ir adaptando su cuerpo y ella."* (Adela)

*"No, el embarazo es una situación fisiológica de las mujeres, que puede tener, en algunas ocasiones puede tener algunos riesgos, pero por lo general, no es ninguna condición de riesgo y la mujer puede hacer su vida normal."*(Carolina)

Estas percepciones individuales de cada profesional son clave a la hora del enfoque que tendrán los encuentros asistenciales con las parejas. En contraposición a los anteriores discursos también hay profesionales que resaltan la posibilidad de "riesgo" en el proceso de nacimiento para la salud:

*"Riesgo desde distintos puntos de vista, hombre, evidentemente el riesgo de mortalidad materna no es el de hace 30 años, pero, pero el riesgo cero es imposible, ese riesgo existe ahí, pero también hay riesgo de que se altere tu estabilidad familiar, riesgo de que pierdas tu trabajo, riesgos hay muchos, riesgos de que te puedan afectar a ti, no solamente es el riesgo de que te mueras en la mesa de paritorio, es otros riesgos que también, y claro el riesgo de morirse es que también existe, pretender el riesgo cero no se puede."*(Alba)

Consecuencia del modelo asistencial algunas parejas se enfrentan al nacimiento con una percepción de riesgo elevado y el fantasma de las complicaciones durante el proceso, y así se lo hacen ver a las profesionales sanitarias que les asisten en los controles sanitarios. Como refiere José Arnau<sup>662</sup>, entre los diferentes motivos que justifican la institucionalización del proceso reproductivo destaca la visión patológica del mismo, que se enmarca en el modelo biomédico, donde al subordinar la atención perinatal al sistema sanitario la mujer es considerada un "ser débil y tendente a la patologización", y con ello el proceso reproductivo, donde aparecen unas amenazas que son usadas para justificar las intervenciones: "el dolor" (será visto en otro apartado) que debe eliminarse y "el riesgo", que envuelve todo el proceso.

*"La mayoría se estresan, piensan que es una situación que no pueden hacer nada, hombre yo que sé, igual estoy hablando un 50%, un 50% ve el embarazo pues como algo normal, como se debe ver que es algo fisiológico, y hay gente pues que le agobia mucho, porque o bien le ha costado mucho quedarse embarazada o porque tiene algún*

---

<sup>662</sup> Arnau J.Op.cit.2012 .p.306.

*problema de base, o la situación familiar no es buena, pero bueno, mitad y mitad.”(Carolina)*

*“(…) como un riesgo, claro, ellas y sus parejas, y su familia, y el padre, y los padres de la parturienta o de la embarazada, eh, se ha convertido en una situación de riesgo, exacto, o sea se ha inventado, se ha creado, eh, que un embarazo es algo, es una, es un momento de riesgo para una persona, en cierta manera, se ha interiorizado eso.” (Carmen)*

*“(…) y ahora parece que todo es riesgo y todo es fatal, entonces yo si entiendo que a la mujer hay que ayudarle, y que el embarazo debe ser una etapa más de su vida pero no considero que sea una enfermedad, hoy se está tratando en algunos sitios como una enfermedad, ya estas a partir de la semana 20 sin tener ningún problema, ningún riesgo ni ningún ese, como una, pues como una enfermedad más, estas embarazada y entonces ya, ya te limitan todo.”(Lara)*

Toda esta situación de dependencia institucional durante la gestación lleva a las mujeres a percibir los tiempos de espera hasta que llegan a la edad gestacional establecida en los protocolos para realizar las ecografías, la cual está basado en criterios científicos, como periodos donde refieren sentirse “abandonadas” por el sistema de salud, puesto que aunque los protocolos de control gestacional dentro de una gestación normal no contemplan la realización de más ecografías y más tempranamente, las gestantes precisan de la ecografía para aplacar sus incertidumbres o miedos respecto a la evolución de su gestación, lo cual provoca la dependencia de la mujer respecto a la tecnología. Esta situación particular se acompaña de otro matiz que es importante no olvidar, y es el poder que adquiere el profesional sanitario, en este caso ginecóloga/o, respecto a la embarazada al poseer los conocimientos para realizar la ecografía, de forma que la mujer pasa a percibir su embarazo en función de los resultados de la prueba sin prestar interés a como se siente; a este grado de despersonalización se le suman situaciones concretas como las ocasiones donde parece un diálogo entre las imágenes/profesional sanitario, obviando como se encuentra la mujer gestante y llegando incluso a emerger cierta “invisibilidad de la mujer por el equipo de salud”<sup>663</sup>.

Adriana durante su entrevista se refiere al primer trimestre del embarazo como un periodo en el cual se sentía “olvidada y nerviosa” ante la espera hasta que se le realiza la ecografía del primer trimestre, prueba que percibe como necesaria para confirmar su embarazo:

*“Al principio, si, al principio un poco mal, al principio se nos tiene muy olvidadas creo, (...), pero desde que te enteras que estas embarazada y vas a la matrona y te hace una análisis y te dice “si, estás embarazada”, hasta que llegan los 3 meses y te hacen la 1ª ecografía, yo tenía bastante nerviosismo, porque es que 3 meses, yo pues eso al mes lo sabes, y son otros 2 meses de estar hay pendiente, pendiente sin saber absolutamente*

---

<sup>663</sup> Arnau J. Op. cit.2012.p.396.



*nada, una vez que va avanzando el embarazo cada vez te van controlando más , pero al principio a mí me pareció muy escaso (...).*

*-Investigadora: y tú ¿te encontrabas bien?*

*Sí, en esa temporada sí.*

*-Investigadora: Entonces, o sea, ¿necesitabas ir a hacerte una ecografía a pesar de que, de que tú no te encontrabas bien?*

*Sí, yo lo hubiera agradecido, hubiera agradecido un poco más de control, aunque fuera muy básico, pero por tu tranquilidad, no porque se necesite.” (Adriana)*

Nos encontramos con esta situación derivada de la atención sanitaria que se presta durante el embarazo, parto y puerperio, donde se consigue reducir la morbi-mortalidad materna e infantil, pero que como nos muestra el relato se acompaña de una dependencia de la mujer hacia el sistema sanitario (necesidad de más visitas, más controles, más ecografías) donde se les confirme su bienestar, despojándole así de sus propias sensaciones. Como describe José Arnau<sup>664</sup>, las mujeres se enfrentan al proceso de nacimiento bajo la dependencia de la vigilancia y el sometimiento a pruebas con el fin de sentirse tranquilas y seguras. Las profesionales sanitarias que han participado en el estudio también han remarcado como desde su punto de vista las mujeres demandan más control gestacional y más precoz, ellas conocen estas solicitudes por parte de las parejas, en especial la demanda de una ecografía previa a la que marca el protocolo de control gestacional aunque no esté justificado con evidencia científica, ya que la demanda se basa en la necesidad de las parejas de reducir su ansiedad o preocupación respecto a la buena evolución de la gestación al visualizarla mediante esta técnica.

*“Hombre, por lo general todas, todas, todas quieren que se le haga más control, si por ellas fuera vendrían cada 15 días. Pero no tiene porque, no hay cambios, los protocolos están establecidos así porque hay estudios, no porque a nadie se le haya ocurrido.” (Carolina)*

*“Um, bueno, pues, eh , yo creo que actualmente como que veo que la primera consulta que se realiza a la mujer embarazada quizá se hace tarde para ellas, porque veo que hay muchas consultas de las primeras semanas, 5, 6 ,7 semanas, que además es cuando hay muchos signos, muchos síntomas, aparecen como muchos cambios de repente y todavía en ese momento no se ha visto a la mujer, entonces creo que eso es un tema que hace que aparezca mucho, mucha ansiedad en, en la mujer.” (Carmen)*

*“(…), muchas veces las mujeres como que demandan eso “¿solamente me hacen 3 ecografías?” “Claro, y si todo va bien, que más quieres, es que no, no tienes que estar todo el día ahí con el ecógrafo encima”, del control normal hablamos, del control normal del embarazo, yo creo que está bien.” (Alba)*

---

<sup>664</sup> Arnau J.Op.cit.2012.p.311.

*“(...)ellas lo perciben como que necesitan ese control y más, es decir, ellas todavía pedirían más control, fijate que en el primer, en el primer control no se le hace la ecografía hasta las 12 semanas, entonces ahí la inmensa mayoría de ellas, um, tengan poder adquisitivo o no tengan, la mayoría se van a buscar de alguna forma otra ecografía, o bien por urgencias y sale más barata, o bien de forma privada, a pesar de que tú le dices que eso significa, que tú te haces una ecografía y al día siguiente va a pasar algo, tú se lo cuentas pero da igual.” (Berta)*

En la actualidad vivimos en una sociedad donde la imagen y la inmediatez para obtener lo que cada persona desea prima sobre otros aspectos o valores, y como no puede ser de otro modo esta situación también afecta al transcurso del embarazo y con ello al control de la gestación y lo que las parejas esperan de él. Al igual que lo relatado por Adriana en el curso de las narraciones de las diferentes experiencias en múltiples ocasiones con discursos similares donde las parejas justifican la necesidad de un mayor control para confirmar su bienestar. Se ha creado una necesidad de confirmación visual aunque las parejas no tengan los conocimientos que se requiere para interpretar las imágenes, las mujeres hablan de su gestación a través de las imágenes reflejadas en las ecografías, donde el referente es la palabra de la persona que realiza la técnica<sup>665</sup>.

*“Pues yo creo que los primeros meses de embarazo estamos como más intranquilas, porque claro no se mueve no lo notas, es tu primer embarazo, eh, y yo sí que a lo mejor los primeros meses me sentía un poco, se te hace eterno hasta que tienes la 1ª eco, se te hace eterno, a lo mejor solo son 3 semanas, no me acuerdo, pero, es poco tiempo desde que te enteras, pero a mí se me hizo ese tiempo interminable, porque claro llevas a lo mejor tiempo buscando un bebé, cuando ya lo tienes no sabes si va bien la cosa, sino, luego vale, vas a la matrona, tienes la eco está todo bien, vale descansas, pero luego hasta 2 meses después no tienes otra eco, entonces es como un poco: “¡ay voy al privado, me gasto el dinero, ¿qué hago?!”. Luego a partir de los 5 meses que ya he empezado a notar movimiento pues ya he estado más tranquila porque no para de moverse y ya estas más tranquila.”(Pilar)*

Desde este modo y sin que las parejas lo perciban, las mujeres pierden parte del control y protagonismo de su gestación al depender de la tecnología sanitaria. Este punto es uno de los que ha dado lugar a lo que se conoce como “tecnificación del embarazo”, donde la necesidad de pruebas para control gestacional no justificadas científicamente junto con la cesión de responsabilidad y poder al profesional sanitario lleva a las mujeres a infravalorar las percepciones subjetivas individuales.

El tiempo de espera desde que las mujeres conocen que están embarazadas hasta que se les realiza la primera ecografía se alarga aproximadamente hasta las 12 semanas de gestación, periodo que las entrevistadas han descrito como largo, interminable, de abandono por parte del Sistema Sanitario al no cubrir la necesidad sentida de confirmación por imagen de su

---

<sup>665</sup> Montes MJ. Op. cit.2007.p.162-3.

embarazo. Algunas de las parejas entrevistadas acuden entre las visitas ecográficas marcadas por el protocolo de control gestacional a consultas privadas para hacerse ecografías o ante la imposibilidad del padre de acudir a las visitas marcadas por el Sistema Sanitario Público:

*“A ver, el control lo lleva la Seguridad Social, pero por ejemplo, para hacernos ecografías, para que, yo no puedo, llevo poco tiempo en este trabajo, y según esta el trabajo, (...), no se puede, entonces como yo también quiero ver a mi hijo, pues vamos, vamos por lo privado.”* (Andrés)

La ecografía adquiere tanta importancia dentro del control de la gestación para las parejas entrevistadas que todos los hombres refieren acompañar a sus parejas a la realización de la prueba, lo cual no se corresponde con el resto de consultas. Para el hombre la ecografía se convierte en una de las vías para verificar el embarazo que transcurre en el cuerpo de su pareja e integrarlo, se trata de iniciar la formación del vínculo con su hijo/a desde la gestación por medio de la imagen. Claudia al hablar sobre la participación masculina en el control de la gestación percibe como no es necesaria que su pareja le acompañe a las visitas de control de gestación o a la preparación a la maternidad/paternidad con la excepción de las citas para hacerse ecografías:

*“(...)a él yo le decía que a la matrona no hacía falta que viniera, porque tampoco era, quiero decir, porque a la matrona eran controles periódico, resultados de analíticas, quiero decir que no es como al ginecólogo que a lo mejor que sí que como te hacen las ecos y tal pues puede ser más impa..., más impactante el resultado.”* (Claudia)

Otro aspecto referente a esta prueba que es importante destacar es como se sienten ambos miembros de la pareja cuando se les está realizando la ecografía. A pesar de la dependencia que han mostrado hacia la necesidad de la imagen al relatar cómo se encuentran durante esta prueba las parejas refieren sentimientos de nerviosismo e incertidumbre, donde la actitud del profesional que realiza la prueba, ginecólogo/a, es minuciosamente observada por ambos, puesto que ellos/as carecen de conocimientos para descifrar las imágenes que tienen delante, situación que lleva a ambos miembros de la pareja a mantenerse en alerta hacia cualquier comentario o reacción del profesional durante el transcurso de la prueba.

*“Yo es que cuando he ido no, por ejemplo, en la, en la morfológica por ejemplo, en esa nos tuvieron, estaba como 40 minutos simplemente mirando para al monitor, no dijo ni una sola palabra, que tu estas acojonado, (...), entonces claro, tu estas allí, y tu no entiendes lo que ves, o sea, (...), yo veo porque no soy tonto ,sabes, y yo lo que estoy, pero en realidad no entiendo nada, no entiendo si lo que están viendo está bien o está mal, y te tienen 40 minutos ahí, la mujer estaba callada y todo el rato, y venga, y venga así, y yo lo veía así, yo decía “pero que pasará, que pasará”, y claro como lo monitoriza tantas veces y desde tantos ángulos y tal, pues te tiene acojonado un poco eh , y después ya dijo ya “no, está todo bien”, sabes ya, buff, después de 40 minutos así, buff.”*(Andrés)

La dependencia que muestran las parejas respecto a la ecografía durante el embarazo para confirmar su bienestar en ocasiones llega a transformarse en “miedo” durante el curso de la prueba como nos muestra Pilar en su relato:

*“(…)En la morfológica yo estoy tumbada y él está viendo la pantalla, y el sí, y están así: “bisbsi”, cuchicheando entre ellas que podían decirle , porque esas morfológicas son, pa’ mí son horribles porque están como 20 minutos en silencio o cuchicheando o hablando de la cena que han tenido ayer las ginecólogas, (...) si es que son 20 minutos de unos nervios, porque claro no dicen nada, no se dirigen a ti para nada, entonces claro estás como preocupada. Y dices “jolín si no me dicen nada es que algo pasa””.*(Pilar)

El discurso tanto de Andrés como de la Pilar relatan los sentimientos y las percepciones que sienten durante la realización de las pruebas, las cuales no son tenidos en cuenta por los profesionales que les hacen la prueba mostrando una falta de sensibilización hacia la pareja, ya que no se integra el aspecto psicológico que para la pareja tiene esta prueba, no se potencia la empatía, el componente afectivo que le dan las parejas a este momento preciso durante el control gestacional en el cual visualizan a su hijo/a y no es percibido del mismo modo por el profesional sanitario.

*“(…)cuando tú vas a las consultas vas pesando que vas a ver a tu bebé, y vas como ilusionada que a lo mejor le ves un pie le ves la cara, entonces hay algunos ginecólogo que no te enseñan la imagen o que le da, o que no te hacen ni si quiera ecografía, a veces eso un esfuerzo por mi pareja por intentar ir y que no te la hagan ecografía porque ya te la han hecho la semana pasada porque tal, porque ,no lo sé, y realmente que vas por ver a tu bebé, casi no es porque te digan “va todo bien, va todo bien(...), si tú tienes como el presentimiento de que va todo bien y lo que vas es a verle , y sin embargo, eso pues hay muchas veces que eso, que las imágenes como que no las tiene en cuenta, como que no te las enseñan o como que no se algo así.”* (Elisa)

Como relata Elisa para ella la imagen de su hijo mostrada por la ecografía es primordial durante la asistencia sanitaria que recibe en la gestación, y según su percepción el aspecto psicológico que acompaña a la ecografía no es tenido en cuenta por parte del profesional que le asiste. En este sentido la ecografía deja de ser una técnica para convertirse en el vehículo usado por las parejas para vincularse a su futuro/a hijo/a.

Las profesionales sanitarias son conscientes de la importancia que las parejas otorgan a esta prueba, tanto de la ansiedad que sienten hasta que llega el momento de realizar la primera ecografía, situación que lleva a algunas parejas a buscar alternativas para que se le realice una ecografía más precoz, así como de la necesidad de integrar los aspectos psicológicos en estos encuentros sanitarios que en ocasiones resaltan no ser tratados. Carolina se refiere a la presencia masculina durante la realización de la ecografía como uno de los mecanismos disponibles para permitir que la parte masculina se sienta integrada, de modo que su presencia favorezca la participación.

*"(...)sobre todo, um, las que les ha costado tener el bebé y como hasta las 12 semanas no las ve el gine se agobian un poco y van por privado." (Lourdes)*

*"Si claro, si, si, siempre hay que, tiene que estar ahí para apoyar a la mujer, se intenta que tome parte, se les explica, cuando se le explica una ecografía, se le explica a los dos, se les, primero se le hace la prueba que sea y luego se le explica conjuntamente, nunca la mujer sola, ni, ni fuera, ni nada."(Carolina)*

*"(...)pero aquí suelen combinar las dos, y luego siempre pues eso el ginecólogo privado que les lleva y les da una, a lo mejor una asistencia un poquito más personalizada, de "mira la carita", un poco más del contexto emocional que lleva el embarazo así, más que, pero el seguimiento al final es el mismo." (Macarena)*

*"(...) porque parece que si no le haces una ecografía es como si no las has visto directamente, y eso no es la obstetricia." (Paula)*

*"(...) ellas les gustaría sobre todo, por ejemplo, eh cada cuanto quieras que las vieras, obviamente, la mayor parte de las mujeres preferirían que le hicieras una eco casi cada mes, por así decirlo, porque ¿a quién no le apetece ver cómo va creciendo su bebé?, pero, ¿tiene eso algún beneficio?" (Carla)*

Tras el análisis de contenido de las entrevistas queda patente la demanda de tecnificación/medicalización de la gestación por parte de las parejas, donde los encuentros asistenciales reducen las inseguridades derivadas de la percepción de riesgo continuo bajo el que viven el embarazo. Coincidimos con Arnau<sup>666</sup> al exponer las razones por las cuales las parejas demandan mayor control asistencial a razón de *"la incertidumbre y las consecuencias psicológicas positivas que conlleva, y la construcción del discurso de riesgo con todos sus matices"* se ocupan de justificar el deseo del uso de la tecnología.

#### **4.2.VIVENCIAS DE LAS PAREJAS SEGÚN SU RELACION CON LOS PROFESIONALES**

El embarazo, el parto y el puerperio conlleva aspectos cognitivos, emocionales y afectivos diferenciales respecto a otros procesos asistenciales, puesto que se trata de un proceso fisiológico que culmina con el nacimiento de un hijo/a que marcará un antes y un después en las parejas que se adentran en la maternidad y paternidad, por este motivo, el trato que reciben durante los encuentros asistenciales, y más concretamente, lo que perciben por parte de los profesionales sanitarios, si en cualquier momento de la vida de las personas es significativo, cuando se trata del proceso de nacimiento implica una mayor importancia por los aspectos psicológicos que integra el proceso y la adquisición del nuevo rol. Por todo lo anterior, los/as profesionales de la salud que interaccionan con la pareja durante el proceso de nacimiento precisan una preparación que les permita *"prestar cuidados integrales y*

---

<sup>666</sup> Arnau J. Op. cit.2012.p.321.

*atenderles en todas sus necesidades*<sup>667</sup>, en la relación entre profesionales de la salud y mujeres se encuentran involucradas cuestiones complejas<sup>668</sup>.

El trato que reciben las parejas del equipo sanitario a lo largo del proceso de nacimiento influye en el modo que la mujer y su pareja viven el proceso, encontrándose con situaciones que dan lugar a que la pareja las perciba como satisfactorias o como sufrimiento, en función de la valoración que le dan a la asistencia recibida. La comunicación se presenta dentro de las actuaciones sanitarias como “decisiva”, dada la influencia que presenta en el grado de satisfacción, ya que cuando las personas atendidas se sienten escuchadas, perciben confianza y sinceridad aumenta su grado de satisfacción<sup>669</sup>.

Las experiencias de los informantes ilustran diferentes situaciones en referencia a la interacción con los/las profesionales sanitarios/as que forman parte del control de la gestación, matronas-os y ginecólogas/os, encuentros donde la atención varía en función del trato dispensado desde la personalización y sensibilización hasta el opuesto, donde se encuentra la despersonalización y desensibilización asistencial. A continuación se muestran diferentes experiencias relatadas por las parejas que participan en el estudio, donde nos describen sus sentimientos, percepciones que han experimentado a lo largo de los encuentros asistenciales durante el embarazo.

#### **4.2.1. DESPERSONALIZACIÓN/ DESENSIBILIZACIÓN**

Hablar de “despersonalización” en la asistencia sanitaria al proceso de nacimiento es hablar del trato que reciben las parejas por parte de los/las profesionales sanitarios/as, donde la pareja es una pieza más del engranaje del sistema, en el cual no se tienen presentes las preferencias individuales, y la asistencia prestada se encuentra estereotipada. Con la institucionalización del nacimiento las mujeres salen fuera de su entorno y espacio conocido, situación que les lleva a recibir la atención de profesionales cualificados y acceso a la tecnología, lo que lleva aparejado reglas y rutinas preestablecidas que les sitúan en un rol pasivo<sup>670</sup>. La cultura del nacimiento en el hospital está muy enraizada socialmente, lo cual repercute en el modo de entender el proceso, donde se percibe el parto como un acto técnico que requiere ser envuelto de tecnología, lo que lleva a desacreditar la capacidad fisiológica y psicológica de la mujer para afrontarlo, en este nuevo orden la mujer pierde sus referencias<sup>671</sup>. Se trata de un modelo tecnológico en el cual se enfatizan los potenciales riesgos y la idea de que para tener buenos resultados perinatales y maternos se precisan intervenciones en partos

---

<sup>667</sup> López AB, López MD, Linares M. Op.cit.2015.p.94.

<sup>668</sup> Velho MB, Santos EKA, Collaço VS. Op.cit.2014.p.284.

<sup>669</sup> Díez J, Catalán d, Fernández MM, Granados G, La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud, Gac.Sanit., 2011; 25(6).p.483-4.

<sup>670</sup> Nakano AMS, Silva LA, Beleza ACS, Stefanello J, Gomes FA. Op.cit.2007.p.132.

<sup>671</sup> Bezerra MGA, Cardoso MVLML. Op.cit.2005.p.701.

normales, situación que ha sido muy discutida por la medicina basada en la evidencia<sup>672</sup>. Como describe la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal<sup>673</sup>: *“El parto y el nacimiento son experiencias profundas y únicas y, al mismo tiempo, procesos fisiológicos complejos”*, donde el deseo de que el parto finalice con una madre y bebé sanos llevó a la institucionalización del parto sin disponer de suficiente evidencia sobre la seguridad y eficacia, estableciendo numerosas intervenciones incluso en mujeres sanas.

Diferentes situaciones relatadas por las parejas informantes nos muestran como sienten despersonalización cuando perciben prisa, falta de comunicación con la persona que les atiende, falta de personalización en el encuentro asistencial, en definitiva, cuando no se cubren sus necesidades individuales ni las expectativas personales, y se sienten uno más, y nos los protagonistas; esta situación es lo que las parejas consideran “mal trato” durante el proceso asistencial. Como refiere Isabel Fernández del Castillo<sup>674</sup>: *“La calidad humana y la categoría personal de los profesionales tienen, en el ámbito de la atención al parto, un calado mucho más profundo que en otras áreas de la medicina. Las actitudes de los profesionales que atienden a la mujer en ese momento tan especial influyen directamente en su estado emocional (...)”*.

En cuanto a la “desensibilización” durante la asistencia sanitaria, que se puede acompañar o no de una despersonalización de la misma, nos referimos a la actitud que muestra el profesional sanitario cuando es incapaz de empatizar con las parejas que asiste, y al igual de lo que ocurre con la despersonalización, este comportamiento es interpretado por la futura/o madre y padre como un “mal trato” asistencial, donde no se tienen presentes las necesidades psicológicas implícitas en el proceso de nacimiento, son momentos donde sobre todo las mujeres embarazadas presentan sentimientos negativos, como puede ser la impotencia, ante diversas actitudes mostradas por los profesionales durante el encuentro asistencial. Esta situación se relaciona con comportamientos paternalistas que están presentes en las actividades asistenciales durante mucho tiempo el modelo de asistencia que recibió la mujer gestante y su pareja en el proceso de nacimiento de su hija/o el cual reproduce el modelo asistencial que sitúa a ambos miembros de la pareja en un papel pasivo y al profesional sanitarios en una posición de poder, refrendada por los conocimientos que posee respecto al proceso, los cuales no comparte con la pareja, y no hace partícipe de las decisiones asistenciales.

La cotidianeidad de las situaciones da lugar a que en ocasiones como nos han referido las profesionales sanitarias se encuentren “inmunizadas” respecto a lo que para las parejas son

---

<sup>672</sup>Rodríguez S, Cadenas M, Gilart P, Hacia una atención al parto normal más humanizada: Recomendaciones actuales, Rev Paraninfo Digital, 2016.p.1.

<sup>673</sup>Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. P.35.

<sup>674</sup> Fernández del Castillo I, La nueva revolución el nacimiento. El camino hacia un nuevo paradigma, Tenerife, Editorial OB STARE, 2014.p.282.

momentos vitales, son conscientes de que éstos actos sanitarios se acompañan de despersonalización y desensibilización, situación que les lleva a replantarse el enfoque que se otorga a la asistencia sanitaria durante el proceso de nacimiento. Como refiere Hodnett, existen una serie de inquietudes respecto a la deshumanización asistencial durante el trabajo de parto, lo cual ha llevado a plantearse cuál es el tipo de atención que se presta y regresar actividades como “el apoyo continuo” durante todo el proceso por parte de una persona seleccionada por la mujer<sup>675</sup>.

*“(...) hay una ligera línea en al que se hace todo a todo el mundo, eh aprender a escuchar las preferencias de la mujer sin pensar que es un riesgo para ella, que eso todavía no lo tenemos claro(...)”*(Gabriela)

*“Hombre, yo por ejemplo, um, en la asistencia al parto ,pues a lo mejor, quitaría por ejemplo el que, el que nos diéramos cuenta con más frecuencia de lo que es habitual que es un momento especial para ellos, y que no lo hagamos como una rutina nuestra, es decir, para nosotros el parto es uno más , es nuestro trabajo, es una esa, entonces a veces caemos en ese, en esa rutina, es esa, en hacerlo como normalmente, y estamos hablando de otra cosa, y estamos hablando de nuestras cosas, y estamos contando una historia cuando ellos están viviendo un momento eso, por eso a veces nos olvidamos, nos olvidamos de que , de que, sí que para mí es una señora más, es un parto más, pero para ellos es único, entonces a veces, yo creo que de vez en cuando pues a lo mejor un toque de atención que era un poco lo que hablábamos antes de ver la medicina desde el otro lado, a lo mejor... um, acordarnos de que es un día especial.”*(Lara)

*“Hombre, puff, en la sanidad pública vamos un poco a trote, (risas), en general, sabes, no, no individualizas. Si, se protocoliza, y en el momento que tú haces un protocolo generalizas, y luego es verdad que las cosas no siempre son, tienes que individualizar y no todos los casos son iguales, sabes, pero bueno en general pues intentas; yo creo que luego en el día a día en lo que es la consulta pues intentas luego adaptarse un poco a las necesidades de cada uno, es como los tiempos de cada uno, hay gente que a lo mejor necesita más tiempo porque necesita explayarse.”* (Macarena)

Tanto la desensibilización como la despersonalización dan lugar a lo que se conoce como deshumanización de la asistencia, que en el caso concreto de la atención a la mujer en el embarazo, parto y puerperio ha propiciado que tanto profesionales sanitarios, como diferentes asociaciones, y las mujeres y sus parejas hayan solicitado el cambio del modelo asistencial hacia lo que se conoce como una asistencia humanizada, donde la mujer y su pareja sean los protagonistas del proceso, y el/la profesional sanitario/a el acompañante del mismo, realizando diferentes actividades basadas en la evidencia científica disponible en cada momento. Otros estudios relacionados con el tema evidencian como las mujeres se muestran muy sensibles a todo, destacando el tiempo que le dedican las/los profesionales de la salud,

---

<sup>675</sup>Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida), La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 (4).



junto con la información que les brindan, todo ello repercute en la comunicación<sup>676</sup>. En resumen, los/as profesionales de la salud, en nuestro caso concreto, matronas y ginecólogas, son valoradas tanto por su habilidad técnica como por su lado humano<sup>677</sup>.

Uno de los sentimientos expresados por parte de las entrevistadas y que se puede enmarcar en lo que consideramos despersonalización de la asistencia es *“sentirse una más”*, es decir, no sentirse el protagonista del propio embarazo, como nos dice Elisa:

*“(…)y con otros tenía la sensación de frialdad (se refiere a otros ginecólogos/as diferentes a la que ella considera su ginecóloga de referencia) (...), en general, y no lo sé, salía contenta porque me decían que todo va bien, porque a lo mejor le habíamos visto y te hace ilusión eso, pero bueno si la atención a lo mejor para ti es el momento más importante de tu vida y para ellos eres una embarazada más, y, y claro, y bueno pues, tu llegas allí como una niña pequeña y ellos no, bueno pues si, tal no sé, que, un poco eso.”*

Como nos relata Elisa durante el control de su gestación percibe que lo que para ella es el momento más importante de su vida, su embarazo, es tratada *“como una más”*, no de forma individualizada; de su discurso se extrae la falta de sensibilización hacia los aspectos psicológicos de la gestación por parte de las personas que les asisten.

Cualquier actitud o comportamiento del profesional es tenido en cuenta por las parejas, éstas son muy sensibles a todo lo que se relaciona con el proceso de nacimiento de su hijo/a, las parejas recuerdan aquellos momentos en los que perciben tanto un trato adecuado como inadecuado. Carla, ginecóloga, destaca la influencia de la actitud de las/os profesionales respecto al comportamiento posterior de la gestante: *“(…) yo creo que tiene que ver mucho como les transmitas las cosas, si no les prestan atención, le tratas con indiferencia obviamente no van a tener en cuenta tu opinión.”* Nuria nos habla de cómo se siente durante una de las consultas de control gestacional, donde percibe una asistencia poco personalizada, a la que ha denominado *“batallera”*, aunque la percepción global ha sido buena; pero son estos pequeños detalles, como la situación concreta descrita por Nuria, los que hacen que no perciban una atención centrada en la pareja que va ser madre y padre como protagonistas del encuentro asistencial. Para Adriana la asistencia prestada por una de las matronas durante el parto es valorada de forma negativa por la aptitud que percibe hacia su persona.

*“Si, o sea, no es lo que me dijo, todo, todo el rato, no me gustaba, era de estas que van que van por ahí, una señora de estas,(…)y le preguntas cualquier cosa, y de cualquier manera, y no se preocupa de ti, no te hace un gesto, no, sabes.”* (Adriana)

*“(…)y bueno una ginecóloga que me tocó, que yo creo que tenía o prisa o ganas, o no tenía ganas, no me digas, bueno, ahí me pareció que fue como un poco batallero. Pero*

---

<sup>676</sup>Díez J, Catalán d, Fernández MM. Granados G. Op.cit,2011.p.488.

<sup>677</sup>Nakano AMS, Silva LA, Bezeza ACS, Stefanello J, Gomes FA, Op.cit, 2007.p.136.

*bueno, al final también estamos en el Sistema Público de la Seguridad Social, y bueno en general, yo puedo decir que me han tratado muy bien.” (Nuria)*

Siguiendo con el discurso manifestado por las anteriores informantes Manuel también resalta la falta de personalización durante el control de la gestación de su pareja, habla de su experiencia en referencia a los encuentros asistenciales donde no se refiere ya al papel masculino en el mismo, sino a la falta de protagonismo femenino:

*-Manuel: “Entonces yo lo que he palpado ha sido eso, eh que es todo un número y entras media hora, 15 minutos, y otra, otra y otra, es, bueno pues es un poco generalizada (se refiere a la asistencia sanitaria).*

*-Verónica: “Te sientes un poco vaquita, (Risas)de ganadería.”*

*-Manuel: “Esa ha sido mi sensación.”*

Ambos mantienen la misma percepción respecto a la asistencia que han recibido, sienten como no se centraliza en la persona que en ese momento está siendo asistida, sino que se da un trato generalizado o estándar sin tener presente las necesidades individuales que cada pareja pueda tener en función de sus características personales. El aspecto psicológico ligado al proceso gestacional se presenta como aquel gran olvidado como muestran en las entrevistas nuestros informantes, los cuales no sienten una atención integral al no incluir este aspecto en la misma:

*“(…) pero cuando una persona eh, se queda embarazada, está sometida, está sometida a un cambio hormonal brutal, entonces yo creía que era una persona muy fuerte, muy preparada para este proceso y cuando estas en el proceso pues no. No puedes evitar: sentirte sola aunque tu pareja te quiera muchísimo y te apoye muchísimo, sentirte desvalida aunque tu madre te diga que vas a ser buena madre, eh no puedes evitar todos esos sentimientos, entonces cuando tú le dices a la matrona: “Es que me pasa esto, tengo unos cambios de humor que lo mismo lloro que rio”, pues hombre que la matrona te pregunte, como me pregunto a mi “¿Qué pasa que no quieres a tu hijo?”, eh “¿Qué pasa que no tienes pareja?¿ lo has tenido sola?”, o, es que te quedas como diciendo “bueno es necesario que este en una situación mala para sentirme así (...)”, y te quedas como ...”vale”. Entonces te dice te tienes que hacer este análisis, te tienes que hacer esta prueba de orina, te tienes que hacer esto y esto y esto y ya, y no me da opción.” (Verónica)*

El embarazo afecta a todas las esferas de la vida de la mujer, y por lo tanto, reducirlo únicamente a un proceso físico, sin integrar todos los factores que conforman a la persona hace que la atención sanitaria sea percibida como despersonalizada o fragmentada, lo que lleva a Verónica a afirmar que “(...)creo que sería más, eh trabajar la parte humana y psicológica del proceso, y la interconexión entre profesionales, para que tu no sientas que tu atención esta fraccionada” (Verónica). Percibir que la atención recibida es generalizada, sin respetar las particularidades individuales de la mujer y su pareja, hace que observen todas las

actitudes de los profesionales que les brindan atención sanitaria las cuales refieren responde a falta de tiempo, falta de implicación, falta de empatía o de motivación según su enfoque particular derivado de su experiencia. Otro ejemplo donde el comportamiento de la persona que asiste influye en la mujer embarazada lo muestra en su relato Isabel cuando explica cómo se siente tras las consultas con la matrona de referencia:

*“A ver la matrona es muy dura, a mí me trae loca con el peso y mira que lo estoy controlando mucho, pero te machaca, te deja muy, te pega unas contestaciones que te quedas como “vale”.(...)*

*- Investigadora: ¿tu como sales de la consulta, como te sientes después?*

*- Pues yo muchas veces me siento frustrada, a veces frustrada, coño.” (Isabel)*

Su pareja que realiza la entrevista en el mismo momento que Isabel interviene en la conversación para plantearse la falta de empatía como una estrategia para formar una barrera donde se distingan las posiciones entre mujer y profesional sanitario: *“A lo mejor es que es la forma que tiene de inhibirse de los problemas, no estar con la gente, sabes de no crear un lazo de afectión con la gente, sabes, de decir mira yo soy la que manda y te digo hasta aquí”* (Andrés), la descripción que se corresponde con el comportamiento paternalista en el que aparecen situaciones donde el profesional da órdenes basadas en sus conocimientos, con predominio de una comunicación unilateral, sin protagonismo por parte de la mujer, que se convierte en sujeto pasivo expectante de la actuación del profesional. No se trata de que el profesional se vea afectado por los problemas de las personas a las que asiste, pero si se precisa de cierta empatía para comunicarse con la pareja, destacando las implicaciones psicológicas que conlleva la gestación para la mujer y el hombre. Sofía describe una situación similar, donde relata la falta de sensibilidad que percibe en el transcurso de una de las consultas ginecológicas de control de gestación, tras relatar la experiencia dice: *“(…)que son cosas que te quedas como pillada en ese momento de decir: ijoer, trátame con un poco más de amabilidad que, que no se, que no se el protocolo, ni como lo hacéis!”*(Sofía)

Tanto Macarena como Alba, ginecóloga y matrona asistencial resaltan la falta de “tacto” que enmarca en muchas ocasiones los encuentros con las mujeres:

*“(…)yo tengo una amiga que me decía: “Claro, yo llegue allí con unos dolores terribles, lo primero que hacen me mandan a la planta, pues todavía no estás, pues ala pum. Llega una señora que no sé ni quién era, allí con otra paciente al lado, me pone ¡ala pon el culo en pompa!, poniéndome un enema”; dice: “Yo era una sensación, dice, porque estaba horrible que me dolía”. Pero es verdad, dices: “ijo, es que, para ponerles el enema ni explicarles, ni un poco de intimidad!”; o sea, ese tipo de cosas es lo que tendríamos que, que corregir, sabes, porque es verdad que como tu es tu ritmo de trabajo y es tu manera de actuar pues lo haces tan de rutina, que luego cuando te lo cuentan pues dices: pues es verdad que, qué razón tienen, es que, (risas), pero bueno.”*(Macarena)

*“Yo creo que a cuanto a pruebas, yo creo que lo que no contemplaba es otro tipo de necesidades de las mujeres, eh, mucha ecografía, analítica, eh, la de la diabetes, el Sullivan no sé qué, pero, pero no se preocupan de más allá, de necesidades sociales, de necesidades afectivas, eh, esos, eso no existe esta ahí apartado.” (Alba)*

Generalizar la atención prestada conlleva que el modelo asistencial se asemeje a un proceso de fabricación, con pasos estrictos a seguir, y cuyo producto final es un/a recién nacido/a sano, pero nos encontramos con que las entrevistadas destacan para valorar la atención recibida como es la relación con el profesional que les asiste, como muestra en el relato Pilar el comportamiento de la persona que le atiende le influye directamente en el sentimiento y posterior percepción de la atención prestada:

*“A él no se dirigen nunca, si es que son 20 minutos de unos nervios, porque claro no dicen nada, no se dirigen a ti para nada, entonces claro estas como preocupada. Y dices: “ ¡jolin! si no me dicen nada es que algo pasa”. (...) que es más cercano, con las ginecólogas no es cercano, no, nada, nada, para mí no. No me da pie a preguntarles nada, me da cómo... yo que soy super habladora, que en enseguida pregunto cualquier duda, me cuesta preguntarle cualquier cosa, me, no sé, parece como mucha distancia.”(Pilar)*

Esa distancia de la que habla Pilar se corresponde con un modelo asistencial paternalista, no se promueve la participación ni el papel activo de la mujer, el profesional ejerce una aptitud dominante basada en el poder que posee al dominar la situación, dejando tanto a la mujer como a su pareja en un segundo plano, pasivo, no protagonista de su propio embarazo, situación que lleva a que Pilar se sienta preocupada y ansiosa al percibir falta de comunicación e información. Las profesionales sanitarias que han participado en el estudio, tanto matronas como ginecólogas, hacen referencia al modelo asistencial paternalista cuando la participación de la pareja es escasa o está dirigida hacia obtener aquello que el profesional asistencial que les asiste prefiere.

*“No, no, no participan y no se enteran de muchas cosas, y además tergiversan mucho de lo que ahí, de lo que ahí pone, pero a veces por miedo no se atreven, no se atreven a preguntar, y otras veces porque también el profesional le dirige donde ella quiere, es decir, yo te quiero hacer una prueba de lo que sea y entonces te dirijo para que si te la quieras hacer, cuando realmente no soy objetiva, no soy objetiva en la prueba que le estoy diciendo, sin embargo, por ejemplo, yo creo que en el consentimiento informado debería de ser uno muy objetivo, y decirle: “mira, pros y contras, ventajas e inconvenientes”, y yo, yo te, te, yo como profesional como lo veo, para que tu tuvieras un punto de vista, no que yo quiero que tú digas que sí, y entonces te hablo solo de lo positivo, y de lo negativo prácticamente lo dejo ahí, si lo dejo ahí escrito pero la señora no se lo va a leer.”(Lara)*

*“(...)en todo el periodo, pues normalmente se le informa, se le informa siempre de lo que se le va a hacer, pero ya en cuanto a la toma de decisiones hay el manejo es el*

*profesional, no se le pide opinión de “mira quieres que te hagamos esto o lo otro”, ahí la decisión la toma el profesional, nunca se le pide opinión, se le explica, se le dice, y se le va a informar de todo lo que se le va a hacer, pero no de una forma para que ella... (Investigadora:¿participe?) Eso es, en la toma de decisiones, en ese sentido, no, bueno igual en alguna cosa concreto sí, pero cuando hay que tomar una decisión la toma el profesional.” (Carolina)*

Las particularidades propias del proceso de nacimiento junto con los sentimientos ligados al mismo hace que Sara se refiera a la necesidad de contar con la “*capacidad de reacción humana*” como uno de los factores que deben estar presentes en la asistencia que se presta en el embarazo: “*(...) creo que muchas veces, no es ponerte en el lugar de la persona porque no es empatizar de esa manera, pero sí que hay que una tener cierta capacidad de reacción humana, de... de decir “venga tranquila, no pasa nada”, de hecho tuvo que entrar la enfermera, y la enfermera fue la que me tranquilizó.*” (Sara)

Como ya hemos comentado con antelación las parejas se encuentran alerta durante todos los encuentros asistenciales, donde dan mucha importancia no solo a los conocimientos, resultados o técnicas que le aplican durante las consultas de control, son muy susceptibles ante cualquier reacción que pueda tomar la persona que les atiende como en el caso de Marina que destaca la falta de personalización que percibe en la consulta de la matrona de referencia, este tipo de situaciones lleva a Marina a referir “*no la matrona no ha sido buena referencia*”, conclusión a la que llega después de percibir que no se integran todos los aspectos biopsicosociales dentro de la asistencia sanitaria que con este tipo de actitud favorecen la despersonalización. El proceso de nacimiento, y en concreto el parto, es un momento crítico que sitúa a la mujeres en una posición de vulnerabilidad, a lo cual se le une la atención obstétrica hospitalaria que cuenta con numerosas “*rutinas institucionales, tasas altas de intervención, personal poco familiarizado, falta de privacidad, y otras condiciones que se pueden experimentar como duras*”<sup>678</sup>, y van a influir de forma directa en la percepción que tenga la pareja respecto al trato recibido.

*“(…), y bueno el trato mira en dos ocasiones me, de citas que tenía con ella, me llegó a decir que si era nueva, que si nunca me había visto, y en una de ellas estaba ya de 7 meses que ya era como “a ver, o sea”, de que no, ni se daba cuenta de quién era.” (Marina)*

#### **4.2.2.LA ATENCIÓN HUMANIZADA COMO BASE DEL PROCESO**

En este apartado vamos a relatar aquellas situaciones en las cuales las parejas han narrado experiencias personales donde el trato asistencial ha sido personalizado, se han cubierto sus necesidades particulares de cada momento, han sido participes del proceso y se han respetado sus decisiones durante el control de la gestación, en definitiva lo que hemos considerado una asistencia humanizada.

---

<sup>678</sup> Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C.Op.cit.2008.

El actual modelo asistencial del proceso de nacimiento sigue estando basado en un modelo biomédico y tecnológico, aunque como ya hemos remarcado dentro del apartado donde se tratan las cuestiones del marco teórico que envuelven el estudio existen demandas por parte de todos los actores sociales (mujeres/ parejas/ profesionales sanitarios/ asociaciones) que buscan redirigir la atención prestada durante este proceso hacia lo que se conoce como una “atención humanizada”, situación que ha llevado a las entidades públicas, como fue el caso del Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2007 ha publicar lo que se conoce como Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (EAPN) con el objetivo de que la atención prestada en el territorio español sea redirigida hacia la humanización del proceso de nacimiento, y reconocer la necesidad de cambio ante la solicitud de la sociedad, donde cobra importancia *“la eficacia y seguridad de los procedimientos obstétricos junto con la calidad asistencial”*, permitir que las mujeres se puedan sentir satisfechas en relación con el proceso de nacimiento, y por lo tanto garantice el parto como una experiencia agradable, con un mínimo de interacciones compatibles con la seguridad materno-fetal<sup>679</sup>, respetando la individualidad de las mujeres, valorando su protagonismo y permitiendo que la asistencia se adapte a la cultura, creencias, valores y diferentes opiniones, donde se integren las diversas dimensiones del ser humano: espiritual, psicológica y biológica, para lo cual se precisa un cambio de paradigma asistencial que integre tanto a la mujer como a los profesionales<sup>680</sup>.

La OMS<sup>681</sup> recomienda ir más allá de la prevención de la mortalidad y morbilidad, otorgando la importancia a *“priorizar la atención centrada en la persona y el bienestar, de conformidad a un enfoque basado en derechos de salud”*, reflejando de este modo la complejidad del proceso de nacimiento. En esta misma línea en la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal<sup>682</sup> se muestra como el deseo de garantizar los mejores resultados ensombreció la importancia que tiene el proceso en la vida de la mujer y en el ejercicio de la maternidad.

Las diferentes profesionales que han participado en el estudio reflejan discursos contradictorios, muestran dos extremos, se presentan aquellas que refieren la necesidad de prestar una atención basada en la participación y toma de decisiones de la pareja, y otras que no ven tan claro este modelo asistencial, puesto que si contemplan la necesidad de dar toda la información a la pareja pero refieren que las decisiones deben ser tomadas por los/as expertos/as en la materia, de modo que mantienen una postura del modelo paternalista. La situación que se presenta se encuentra en sintonía con la evidencia que muestra como tanto la búsqueda de la asistencia humanizada durante el proceso de nacimiento junto con la visión enraizada de medicalización de los cuidados pueden coexistir en una misma institución, y el

---

<sup>679</sup> Alemida NAM, Medeiros M, Souza MR. Op.cit.2012.p.821.

<sup>680</sup> Castro JC, Clapis MJ, Parto humanizado napercepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto, Rev Latino-am Enfermagem, 2005; 13(6).p.961,966.

<sup>681</sup> OMS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Resumen de orientación.2016.p.1.

<sup>682</sup> Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal.Op.cit.2010.p.35.

acercamiento hacia uno u otro modelo asistencial difiere en función de las actitudes de los/as profesionales sanitarios/as<sup>683</sup>.

*“Pues yo creo que es cultural, tanto a nivel de asistencial, el paternalismo asistencial que todavía existe, y a nivel cultural pues el preconceito que tenemos de la mujer buena, niña buena, de que tenemos que ser dóciles y decir a todo sí, sino te van a reprender y te van a echar la bronca y para que te traten bien pues tienes que ser buena y no hacer nada, lo que te digan.”* (Gabriela)

*“Eh, nos falta una formación a nosotras, quitar barreras, y eso nos falta a nosotras, vamos a nosotras, a todos los profesionales relacionados con la mujer, porque aprendemos unas cosas y nos quedamos con esas cosas toda la vida, entonces nos falta, um, esa formación que debería ser obligatoria, quiero decir, yo creo que cada determinado tiempo nos tenían que reciclar a nosotros, a las matronas del paritorio, a los especialistas, es decir, tenemos que abrir la mente, entonces hay cosas que o te formas por tu cuenta, entonces te dicen, te vienen las mujeres diciéndote: “ ¡es que está en las guías del ministerio!”, y dices: “ ¡es verdad!”, o tu estas pendiente de tu formación personalmente, o a ti no te llega las guías para estar enterada por ejemplo.”* (Berta)

*“Yo creo que eso depende de cada profesional, nuestra ética dice que si deberíamos hacerlo, teniendo en cuenta la decisión de la paciente porque no puedes obligar a nadie, eh, también obviamente si e quieres dar algún tipo de vitamina, algún tipo de tratamiento pues depende mucho de sí la mujer lo quiere cumplir o no. Tu deber esta en decirle o en explicarle cuales son las opciones, ayudarla a encaminarse, y explicarle los riesgos y si no quiere, o si quiere, pues apoyarla, por así decirlo.”* (Carla)

*“(…)en general en la medicina, ugh, pocas veces el paciente asume una decisión porque tampoco tiene la capacidad del todo para decidirla, y toda la información que tú tienes de todo lo que tú has ido estudiando, claro, te aporta una visión mucha más amplia y mucho más objetiva que tu como enfermo.”* (Macarena)

*“(…)en todo el periodo, pues normalmente se le informa, se le informa siempre de lo que se le va a hacer, pero ya en cuanto a la toma de decisiones ahí el manejo es el profesional, no se le pide opinión de “mira quieres que te hagamos esto o lo otro”, ahí la decisión la toma el profesional, nunca se le pide opinión, se le explica, se le dice, y se le va a informar de todo lo que se le va a hacer, pero no de una forma para que ella... (Investigadora:¿PARITICIPE?), eso es, en la toma de decisiones, en ese sentido, no, bueno igual en alguna cosa concreto sí, pero cuando hay que tomar una decisión la toma el profesional.”* (Carolina)

Tanto matronas como ginecólogas destacan la importancia que tienen los aspectos psicológicos en el transcurso del embarazo, parto y puerperio, y como desde el control

---

<sup>683</sup> Alemida NAM, Medeiros M, Souza MR. Op.cit.2012.p.823.

sanitario que se presta en esta etapa vital, durante los diferentes contactos sanitarios que mantienen con las parejas no se le presta la importancia que merece, son diferentes las causas a las que alegan como justificación de esta práctica, donde si resaltan el mecanicismo adoptado dentro de las actuaciones profesionales en las cuales el uso de protocolos asistenciales junto con la falta de tiempo dan lugar a que las visitas sanitarias con las parejas se ciñan a conocer cuál es el estado físico de la mujer y el feto, obviando la esfera psicológica. A pesar de lo anteriormente descrito las profesionales sanitarias entrevistadas son conscientes de la importancia de estos aspectos y la necesidad de cambiar sus actuaciones, cuando se le pregunta al respecto contestan lo siguiente:

*“Pues,... SILENCIO, yo que sé, puede ser, algunas veces, otras veces por la rutina, y por las prisas y por todo vas más deprisa, no, de todas formas si ellos a nivel de eso, necesitan algo te lo van a decir, y yo un poco intento ayudarles. Pero muchas veces como a todas, entramos en la rutina de chis, chis, que tengo prisa, que tengo 30, y que tengo que aligerar.” (Adela)*

*“Mira esa es uno de los puntos que igual es uno de los que tenemos que incidir más, yo creo que el vaivén hormonal de una mujer embarazada se tiene pocas veces en cuenta, y sí que en ese caso no, no tomamos muchas medidas.” (Carolina)*

*“(...) no toca, no se toca en general el aspecto psicológico en una persona embarazada y no embarazada, no, no existe.” (Carmen)*

*“Yo creo que poco, yo, yo personalmente pienso que poco, que muy poco, que muy poco porque um, no tenemos, o sea, que parece que o tratamos como una consulta más, es decir, tu viene a la consulta y pum, pum, le haces lo que, obstétricamente está todo bien, y no es pararte a decirle: “¿Qué tal lleváis el embarazo? ¿Cómo veis, cómo estáis, como estáis de contentos? ¿Cómo estáis de preparados para este niño para esta niña o para lo que sea?”. No, no, nunca tienes tiempo, de hecho ni si quiera pasamos a la pareja, solo en la privada y le da la mano a cada uno, en la pública no tenemos tiempo de eso, tenemos tanto, tanto trabajo que es justo lo que nos interesa: “¿Tiene la tensión bien? Si ¿Tiene esto bien, tiene la está bien, tiene lo otro bien? No sé qué. ¡Está todo bien, ala váyase para casa!”; entonces muchas veces dices tú “no si lo que pasa es psicológico”, a lo mejor con un poquito que le dedicaras, solo escucharla pues le solucionabas un montón de tiempo y un montón de preocupaciones, pero no, yo creo que no está, no está preparado, no, no, no está preparado nada.”(Lara)*

*“(…), por el tiempo también, es que las consultas a veces están muy saturadas, es lo que tienes, te limitas a hacer, a ver que el embarazo está bien y no te preocupas del entorno.” (Paula)*

*“(…)lo que pasa es que muchas veces tienes tanta gente citada y vas tan rápido que tal vez no te detienes el tiempo que te deberías de detener, lo tocas de manera superficial.” (Carla)*



En referencia al área asistencial donde han recibido atención las parejas que han formado parte del estudio aunque nos encontramos con un modelo asistencial que sigue teniendo características muy marcadas que pertenecen al modelo biomédico las/os informantes expresan en sus narraciones diferentes situaciones donde perciben un trato asistencial humanizado por parte de la persona que les asiste. Como “trato humanizado” nos referimos a la posibilidad de recibir una información veraz y comprensible respecto al proceso de nacimiento, la promoción de la participación activa de la mujer y su pareja en el proceso mediante la capacidad de decisión, tener presente tanto sus necesidades como preferencias asistenciales y respetarlas en función de la evidencia científica disponible en cada momento, considerar que el proceso de nacimiento comporta aspectos biopsicoculturales que precisan integrarse dentro de la atención sanitaria puesto que se encuentran interrelacionados. En definitiva, como refiere Arnau: *“humanizar en el contexto sanitario es devolver y proteger la dignidad de la persona mediante el respeto de los principios éticos basados en la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia, siendo coherente con sus propios valores que son percibidos como peculiares e inalienables; y promoviendo la salud en un ambiente que favorezca una experiencia armoniosa en los ámbitos físico, emotivo, social y espiritual.”*<sup>684</sup>

Las definiciones dadas por las profesionales que han participado en las entrevistas respecto a la atención sanitaria humanizada no difieren de lo descrito con anterioridad, tanto matronas como ginecólogas mantienen discursos similares, en todos sus relatos incluyen tanto los aspectos que integran el bienestar físico como el psicológico de la mujer y su pareja, tratan de integrar a la mujer de una forma holística, siendo una de las consideraciones para que la atención sea humanizada. Respecto a lo que consideran un parto humanizado destacan la participación de la pareja, pero siempre que las actuaciones tengan presentes criterios de seguridad materna y fetal, no se trata de un parto en el cual no se interviene, hablan de prestar “atención humanizada” en cualquier situación, tanto en parto intervenidos como eutócicos. Desde esta perspectiva los resultados del estudio tras el análisis arrojan conclusiones que se asemejan a otros estudios previos, donde los profesionales de la salud respecto a la definición de parto humanizado *“poseen unanimidad en la representación ideológica del término, relacionándola con la satisfacción de la mujer en su esfera espiritual, psicológica y social (...)”*<sup>685</sup>. Atendiendo a estos criterios el “parto humanizado” sobrepasa la diferenciación entre intervenido o no medicalizado, de modo que contempla “la esfera humana” en todo su ser: individualidad de la mujer, creencias, valores, cultura y expectativas. Como contempla la OMS en las Recomendaciones sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo se precisa incorporar la autoestima, competencia y autonomía materna, donde se puede incluir la prevención y tratamiento de los riesgos<sup>686</sup>.

*“Para mí un parto humanizado es un parto normal, es un parto normal en el que tú a la que valoras es a la mama, al niño y a su marido, y que, y que lo haces todo en torno a ellos, eso es un parto humanizado, para mi es eso, es un parto, un parto normal en el*

---

<sup>684</sup> Arnau J, Op.cit, 2012.p.517.

<sup>685</sup> Arnau J. Op.cit,2012.p.390.

<sup>686</sup> OMS. Op.cit.2016.p.1.

*que todo lo estás haciendo con una naturalidad enorme y que les dejas participar a ellos.” (Lara)*

*“Un parto respetado, un parto humanizado, pues un parto humanizado, (risas), estamos con seres humanos, somos seres humanos, pues intentar a ayudar a esa persona a cubrir las necesidades que ella quiera tener, que ella sienta que necesita y , aportándole seguridad en ese momento, que para eso estamos aquí, para que, para que a ese bebé, y a esa madre y a esa pareja no le pase nada, pero respetando su, um, que es un ser humano con dolor , con estrés, un bebé que está en proceso de , en un proceso traumático, eh , un momento muy importante para una familia, y tenemos ahí nosotras un papel muy fuerte no, pero también no hace falta estar ahí con ellos físicamente todo el rato, no molestarles, no intervenirles tanto, no, no, darles esas necesidades, cubrirles esas necesidades y ya está.” (Carmen)*

Las ideas remarcadas se solapan destacando la participación de la pareja en la toma de decisiones, intentar cubrir las necesidades expresadas pero en todo momento teniendo como factor principal de la asistencia la seguridad del binomio madre-feto, siendo este el indicativo de necesidad de intervención, pero sin perder por ello el carácter humanizador de la asistencia, las profesionales entrevistadas mantienen la premisa de que *“la tecnología y humanización no son mutuamente excluyentes, ambos son necesarios para una buena atención médica”*<sup>687</sup>.

*“(…) para mí un parto respetado es, eh, dentro de la evidencia científica respetar los deseos de la mujer, no en si lo que le hagas, si no respetando lo que ella desea en cada momento, no es, no lo encasillo en un parto sin epidural con epidural, no andando o andando, sino por lo que ella desea en ese momento que es la que elige.” (Gabriela)*

*“(…)un parto en el que una mujer se pueda sentir protagonista de su parto , que dentro de un orden, dentro de lo que se pueda, pueda tomar sus decisiones, pueda decir “me quiero levantar de la cama, no me quiero levantar de la cama, um, quiero que mi marido este conmigo, no quiero que mi marido este conmigo, eh, pues eso que se, que pueda sentirse protagonista, y que sea más o menos, bueno no como ella había pensado porque oye mira pueden pasar cosas y que el parto no sea como tu tenías tu idea, pero que no te sientas un monigote en manos de ellos.” (Alba)*

*“Un parto humanizado, pues lo que hacemos ahora, para mí sería un parto lo más fisiológico posible, de la forma menos traumática posible tanto para el bebe como para la madre, en que todo fluya de forma normal, sin ningún tipo de intervención siempre que lo permita la condición.” (Carolina)*

La evidencia existente al igual que las matronas y ginecólogas informantes, enumera como elementos comunes a la atención humanizada al parto *“el apoyo emocional (presencia continua, tranquilidad y elogio), información acerca del progreso de trabajo de parto y*

---

<sup>687</sup> Nakano AMS, Silva LA, Beleza ACS, Stefanello J, Gomes FA. Op.cit,2007.p.132.

*asesoramiento relacionado con técnicas de tratamiento, medidas de alivio (...) y defensa (ayudar a la mujer a comunicar sus deseos a otros”.*<sup>688</sup>

#### **4.2.3.LA INFORMACIÓN, PARTE DE LA ATENCIÓN HUMANIZADA**

El acceso a la información relativa al estado de salud, a las diferentes técnicas o pruebas a las que se somete a la mujer durante el proceso de nacimiento conforma uno de los derechos fundamentales de la mujer embarazada y un deber por su parte si lo que se pretende es que adquieran un papel protagonista, donde sean partícipes activos y responsables de su embarazo. La OMS<sup>689</sup> destaca *“la importancia de establecer una comunicación eficaz sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento y socioculturales y brindar un apoyo eficaz de tipo social, cultural, emocional y psicológico a las embarazadas de una manera respetuosa”*, funciones esenciales no solo para salvar vidas, sino también para mejorar la calidad de la atención prestada y con ello de vida, donde las experiencias positivas en el proceso de nacimiento suponen la base de una maternidad saludable. Según muestra la bibliografía cuando las parejas cuentan con recursos útiles, como puede ser la información, para afrontar el parto, aumenta su satisfacción y la sensación de bienestar, el grado de comprensión del proceso, así como el modo en el que los profesionales de la salud se dirigen a la usuaria<sup>690</sup>.

La información se puede considerar la clave para que la pareja sea participe del proceso, puesto que una vez que poseen una información veraz, comprensible, actualizada según las últimas evidencias científicas, serán ellos, y en concreto, la mujer quien tenga la capacidad de decidir sobre su participación, si asume una participación activa en todo lo que concierne al proceso de nacimiento, o si por el contrario, adquiere un papel pasivo donde cede el poder en las decisiones a los profesionales sanitarios, perdiendo autonomía y reforzando el modelo biomédico vigente en la actualidad. Tal es la importancia que adquiere la información proporcionada por los profesionales que se convierte en una variable que se mide cuando se pretende conocer el grado de satisfacción respecto a la asistencia recibida, siendo proporcional, a mayor información aumenta el mayor grado de satisfacción<sup>691</sup>. Desde la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal<sup>692</sup> se destaca la importancia de llevar a cabo una comunicación eficaz entre profesional y mujer de modo que se pueda *“ofrecer información comprensible y pertinente, disipar ideas erróneas y mostrar en todo momento apoyo, comprensión y confianza en la capacidad de la mujer de afrontar el parto.”*

Para que la información sea accesible a la mujer y su pareja debe estar adaptada a sus conocimientos y capacidades, ser completa, es decir, no debe estar sesgada con intención de dirigir sus decisiones, y debe estar actualizada, basada en la última información científica

<sup>688</sup> Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Op.cit.2008.

<sup>689</sup> OMS. Op.cit.2019.p1.

<sup>690</sup> Benayas N, González R, Hernández E, Valladolid S I, La epidural y la libertad de movimiento en el proceso de dilatación y parto, Rev Paraninfo Digital, 2015; 22.

<sup>691</sup> Aguilar MJ et al., Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia, NutrHosp. 2013;28(3).p.921.

<sup>692</sup> Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Op.cit.2010p.275.

contrastada; en este sentido, las parejas entrevistadas reseñan que se encuentran con diferentes ocasiones donde el uso de terminología médica les impide comprender la situación o comprender las pruebas o técnicas que se le practican. Otro punto que destacan en referencia al acceso a la información lo vinculan al grado de confianza que establecen con el profesional que les asiste. Sara nos transmite como transcurren las visitas de control de gestación con su matrona de referencia, con la cual ha establecido una relación de confianza, donde refiere recibir información comprensible y precisa, lo cual hace que la percepción respecto a la asistencia prestada por la matrona sea valorada de forma positiva: *“Pues...bueno con Julia(su matrona de AP), en el Centro de Salud, yo la verdad es que estoy super contenta, porque de todas las pruebas que me van haciendo te lo explica todo muy bien, con, sin utilizar la terminología médica, que yo a veces me pierdo porque no, es desconocida, y la verdad es que muy humana, muy cercana, encantada”*(Sara). Las actitudes de la matrona que les asiste, su accesibilidad, favorece que la mujer gestante se sienta satisfecha con la atención que le brinda, donde la *“cercanía”* es un valor que forma parte de la humanización de la asistencia. Siguiendo esta línea Hugo mantiene un discurso similar, en este caso en referencia a la consulta ginecológica donde se le presenta la posibilidad de expresar y resolver dudas: *“Yo creo que sí, vamos ha estado bien, no sé si porque Graciela (ginecóloga), era muy buena y estábamos, sabes, muy a gusto y nos sentíamos muy bien, pero vamos que yo no he tenido nunca, o sentido de que había algún problema, lo hablábamos todo.”* Como nos han descrito los informantes la posibilidad de tener un espacio para la reflexión y el diálogo referente a su proceso gestacional se sitúa dentro de las experiencias de las parejas que participan en el estudio como uno de los puntos clave para fomentar la participación de la pareja en el mismo, como principales interesados. En este sentido los discursos se acercan a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal, donde se apela al respeto, disposición de información completa e implicación en toma de decisiones, para lo cual se precisa establecer una relación empática con las mujeres, donde se puedan conocer expectativas y necesidades, con el fin de poder ayudar y orientar, donde la actitud del profesional, tono de voz y palabras escogidas cobran importancia<sup>693</sup>.

A continuación Pilar nos relata la antítesis de lo que acabamos de describir, con su discurso refuerza lo ya descrito respecto a la posibilidad de la pareja de acercarse a la información en función de la accesibilidad que muestra el profesional que les presta atención, si se mantiene en una posición distante y autoritaria, donde es más complicado establecer una relación de confianza y participativa: *“(...)con las ginecólogas no es cercano, no, nada, nada, para mí no, No me da pie a preguntarles nada, me da como... yo que soy super habladora, que en enseguida pregunto cualquier duda, me cuesta preguntarle cualquier cosa, me, no sé, parece como mucha distancia”* (Pilar), o si en contraposición se fomenta una posición de cercanía, donde la relación es de igualdad, que fomenta la implicación y permite que la pareja se exprese: *“(...)sí, sí, tengo una duda la apunto para preguntársela a ella (su matrona de AP)¿A quién se la vas a preguntar sino? No sé, al ginecólogo no porque no te da pie, y encima lo ves cada... y cada vez es uno además, porque si siempre fuera el mismo o la misma.”*(Pilar)La falta

---

<sup>693</sup> Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal.Op.cit.2010.p.23.

de diálogo con los/as profesionales sanitarias crea una “brecha en el proceso de información”, donde aparecen ansiedades, miedos, inseguridades e insatisfacción respecto al proceso asistencial<sup>694</sup>.

Como se extrae de los anteriores relatos la confianza que la mujer y su pareja percibe en su interacción con el profesional sanitario influye directamente en la participación de ambos, la posibilidad de preguntar, resolver dudas..., que en el caso de mostrar distancia se presenta como una barrera para cumplir con las expectativas que las parejas prestan cuando acuden a los controles gestacionales, como nos muestran en sus experiencias particulares posicionarse de forma autoritaria dificulta la comunicación entre la pareja y el profesional sanitario, y por lo tanto repercute de forma directa en la información que tendrá la pareja.

Cuando la pareja desea implicarse y en los encuentros asistenciales no se cumplen con sus expectativas o no se cubren sus necesidades acuden a otras fuentes para completar aquello que no han obtenido del sistema sanitario, en el caso particular de Verónica relata cómo percibe que durante una de las pruebas claves de control de gestación del primer trimestre no recibe toda la información al respecto, lo que hace que busque una fuente de información alternativa, este perfil de mujer quiere conocer el motivo por el cual se realizan las diferentes pruebas, aunque estas formen parte del protocolo de control de gestación, por lo tanto cuestiona el modo de proceder del modelo biomédico donde la información es parcial, no se contemplan sus necesidades individuales, y se generaliza el modo de actuar.

*“A ver, eh no del todo bien, si de forma genérica, pero no del todo bien. Por ejemplo, un ejemplo, eh, en la 1ª eco, verdad, la de los 3 meses, yo sé que se mira la translunecianucal o eso, y que se mira para, sé, para eh evitar, descartar posible Síndrome de Down o algún tipo de malformación congénita, entonces, eh, eso cuando te la están haciendo no te lo explican, yo eso lo he buscado por mi cuenta y me he informado por mi cuenta; pero ella te dice “eh mira aquí vemos la cabeza, aquí vemos tal...está todo bien” y ya, no, a lo mejor no entra en esos detalles. Que a lo mejor para una población, hace unos años, menos formada no era interesante, pero ahora mismo nosotros tenemos esas cosas, las buscamos de hecho por internet, entonces, eso por ejemplo. Y, Um, en el caso mío de la matrona: “Pues vienes y te tomas un zumo, el próximo día vienes y te tomas un zumo, es por lo de la glucosa”, y ya. O sea, es que aunque, ni puede dar por hecho que yo soy capaz de encontrar la información, ni puede dar por hecho que no me interesa la información, yo es mi opinión”.*(Verónica)

Verónica con el relato de su experiencia personal expone un ejemplo concreto de lo que se considera relación jerárquica entre mujer y profesional, donde el experto da órdenes desde su posición superior, en vez de mantener una relación horizontal que permita a la mujer que quiere participar en su proceso de control gestacional. Por ello podemos decir que el análisis de las entrevistas nos arroja resultados que ya están presentes en otros estudios donde “al

---

<sup>694</sup> Alemida NAM, Medeiros M, Souza MR, Perspectives of normal delivery pain of primigravidduringthe antenatal period, Text ContextNursing, Florianópolis, 2012;21(4): 823.

*ocultarle información, los/as profesionales insinúan superioridad intelectual, reivindicando su ámbito de competencia y control de la situación.*<sup>695</sup>

Pero no todas las parejas que han participado en el estudio han mostrado esta aptitud, Nuria es una de las mujeres que cumple con este perfil, a pesar de reconocer que el profesional sanitario se queda con parte de información referente al control de su embarazo, no considera que sea necesario que la comparta, se relega a objeto de cuidado, cumple con un papel pasivo promocionado en el modelo asistencial biomédico, el cual no cuestiona, incluso considera que un exceso de información le puede llevar a complicarse, lo cual desde su punto de vista no es necesario. Nuria es un ejemplo de continuidad de la relación paternalista entre la mujer y el/la profesional sanitario, donde prefiere ceder la responsabilidad que conlleva participar en la toma de decisiones a los expertos.

*“Bueno, la verdad es que las informaciones yo creo que se las quedan más ellos, tampoco te van a contar (silencio), o sea bueno sí, pues todo está bien, todo está bien. (...) o sea, básicas, tampoco te están dando una información que a lo mejor hasta incluso te pueda hacer pensar que va mejor o, o, que va peor, o que te... entonces bueno.”*(Nuria)

Al anterior perfil descrito se refiere Julio cuando habla sobre la implicación de la pareja en el control gestacional donde destaca que no solo parte de la actitud del profesional sanitario que asiste, sino también parte de la propia pareja, la cual si desea involucrarse requiere que acepte parte de sus “deberes” entre los que se encuentra la búsqueda de información para cubrir todas las necesidades que expresan, lo que para él se corresponde con la participación activa:

*“Los que no la buscan pues están atendidos perfectamente, o sea, yo soy muy autodidacta. Yo creo que este tema en el siglo XXI tampoco se hay que echar toda la culpa a otras personas, tú tienes los medios suficientes para buscar información, para leer 150.000 libros y para informarte, no es solamente decir: “¡bueno es que esta señora no me quiere informar!”, tienes el derecho, pero tú a lo mejor también tienes la obligación de buscar por otras vías, que las tienes muchísimas para informarte.”*  
(Manuel)

Cuando las parejas no reciben la información que cumpla con sus expectativas de conocimiento éstos acuden a fuentes diferentes o externas al propio sistema sanitario, entre los que se encuentra el entorno de la pareja, familia, amigos/as con hijas/os, Internet, grupos de apoyo, donde la información que reciben se encuentra muy condicionada por las experiencias personales de las personas informantes.

Como hemos venido describiendo a lo largo del capítulo tener información es tener poder, y en el caso concreto del control de la gestación tanto el “miedo”, que ya ha sido tratado en otro apartado, como la cantidad y calidad de la información recibida influye en las decisiones que toman las parejas. El modo en el que el emisor de la información puede influir en las

---

<sup>695</sup> Arnau J.Op.cit,2012.p.376.

decisiones del receptor, como nos expone Verónica en referencia a uno de sus encuentros asistenciales.

*“O por ejemplo el día de la ginecóloga , cuando le comente que mi hermano tenía una enfermedad degenerativa neuronal, y pues eh le dije que tenía un poco de miedo a , mi bebé pudiera manifestar algún tipo de patología, (...); entonces ella en vez de informarme sobre las posibilidades que yo tenía en ese momento, decirme: “mira pues vete a hacerte un estudio genético, vete a este otro sitio, o a este otro, o a este otro, la seguridad social te puede ayudar en esto o no te puede ayudar pero tienes esta opción”, me dijo: “y ¿qué es lo que quieres saber? ¿Una amniocentesis? porque si quieres una amniocentesis que sepas que tiene un riesgo, ahora te lo lees y ya, ya verás tú ya decides, no sé qué. Y lo del aborto ya sabes, hay muchas mamás que prefieren tener el niño porque no les va abortar”. A ver, me dio a entender claramente su postura con cierto punto de coacción, independientemente de lo que yo piense sobre el aborto o sobre las pruebas esas, claro, entonces en vez de abrirme un abanico de posibilidades y asesorarme se mostró un poco reacia”. (Verónica)*

Del extracto de entrevista que se cita se extraen diversos puntos clave que demuestran la importancia del tratamiento de la información, donde se hace un uso paternalista de la misma, con información sesgada influida por la escala de valores de quien la emite, sin contemplar las necesidades propias de la pareja, perpetuando una actitud despersonalizada y desensibilizada hacia la mujer, al no contemplar su situación personal. Lara habla de la facilidad que tienen los/as profesionales sanitarias que tratan con las parejas para influir en las decisiones de la mujer/pareja dependiendo del tratamiento que le den a la información: *“Es decir , que tú como profesional, yo veo un problema grande que tenemos los profesionales es que tú puedes manejar a la, a la parturienta, a la embarazada, le puedes manejar de una manera tan marcada, que quieres que diga lo que tú quieres escuchar, y entonces no lo que ella piense por si misma o por la información que tú le has dado, no, tú le das una información um... (Investigadora:¿la diriges?) La diriges, no le das una información totalmente objetiva, no, no, tú la llevas para este lado y quieres que diga eso.”(Lara)*

La desinformación percibida durante el proceso asistencial da lugar a que surjan sentimientos negativos al calificar la asistencia recibida, así lo relata Adriana al describir un episodio de su experiencia personal durante el parto:

*“(...)y dijeron: “Bueno pues cuando ya quede menos llamamos a tu pareja”, pero al final como se complicó no le llamaron, él se quedó fuera, eso fue lo que menos me gustó de todo, que , o sea, nos asustaron bastante porque estábamos en la habitación los dos tranquilamente y de repente ves que llegan una gine, 2 o 3 enfermeras, eh, las, las Mir, una Mir, 2 o 3 de prácticas de enfermería, no sé cuántas comadronas, o sea, llega todo el personal del paritorio y te dicen que te van a llevar a hacer una prueba, y tu “¿pero una prueba de qué?”. Y a tu pareja, “tienes que esperar fuera, tienes que esperar fuera”, sin explicarte mucho, a ninguno de los dos, luego a mi yo ya, preguntando “¿pero es algo grave?”, “Todo es importante, no sé qué - me dijeron- pero bueno*

*esperemos que no y tal, cual”, ya me hicieron la prueba y no, pero a él nadie salió a decirle “Oye está todo bien y que iba a empezar el parto, y que esperara. El cuándo salieron había pasado una hora de reloj, y él estaba super asustado, y mi familia que estaba fuera también, mi madre, mis hermanos, super asustados, porque llevaban una hora que me habían llevado a hacer esa prueba y no sabían nada de mí, y cuando salieron ya le dijeron: “tienes un niño”, o sea que.”*

#### **4.2.4. PARTICIPACIÓN ACTIVA EN EL PROCESO DEL CONTROL DE LA GESTACIÓN**

El siguiente paso para que la actividad asistencial sea lo que hemos denominado como humanizada es que la mujer y su pareja sean los protagonistas del proceso de nacimiento, para lo cual es precisa una participación activa durante el mismo. Para poder ser un sujeto activo y no objeto pasivo en los encuentros asistenciales, en primer término es necesario que la pareja haya recibido una información veraz, comprensible, adaptada a sus conocimientos, científica y contrastada respecto a todos los procedimientos a los que se le va a someter a la mujer y el/la recién nacido/a durante el embarazo, parto y puerperio, para que una vez informados, decidan y asuman su parte de responsabilidad que conlleva estar involucrado en el proceso de nacimiento, por ello como refieren Sally Boyle et al.<sup>696</sup> para dotar a las mujeres de la capacidad de toma de decisiones se precisa información dada en el momento oportuno y brindarles la oportunidad de discutir las diferentes opciones que se les presentan. Para hablar de participación activa o involucración de las parejas en relación con el control asistencial nos tenemos que parar a analizar la situación en la que se encuentra el control de la gestación, cuales son los protocolos asistenciales que se siguen al respecto y que marcan, número de vistas, pruebas a realizar, que ya han sido descritos, conocerlos es necesario puesto que el modelo biomédico se apoya en los diferentes protocolos asistenciales para generalizar la atención que se presta, todo este material se convierte en una guía de actuación pero también en *“un instrumento que ejerce poder sobre la usuaria ya que debe acatar lo que dictamina”*<sup>697</sup>.

Desde la Estrategia para la Atención al Parto Normal<sup>698</sup> se destacan los siguientes aspectos en relación a la participación de la mujer en la toma de decisiones: *“La participación de las mujeres en la toma de decisiones constituye un principio de autonomía que implica la toma de decisiones conjuntas mediante un proceso en el cual, usuaria y profesional comparten información, participan en la decisión y acuerdan un plan de acción determinado. Pretende abandonar el clásico modelo paternalista en la relación médico-paciente y adoptar un nuevo modelo de alianza, consenso y responsabilidad compartida. Implica pasar del acatamiento y dependencia pasiva, a la cooperación y participación activa en temas de salud”*.

Entre las parejas que conforman la población de estudio la gran parte de las entrevistadas no solo aceptan los protocolos asistenciales, sino que algunas/os de las/os informantes

---

<sup>696</sup> Boyle S, Thomas H, Brooks F, Women's viewsonpartnershipworkingwithmidwivesduring Pregnancy and childbirth, Midwifery, 2016;32.p.27.

<sup>697</sup> Arnau J, Op.cit.2012.p.394.

<sup>698</sup> Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.p.34.



consideran que las pruebas o diferentes intervenciones que se contemplan en el protocolo no se pueden cuestionar, por el simple hecho de contemplarse dentro del mismo, Pilar define de forma clara y concisa esta idea: “ (...)entonces o te amoldas o te vas a otro sitio, pero supongo que es como lo hacen ellos y punto, pero que nada me ha parecido mal hasta ahora, ni mucho menos, no.”(Pilar) Esta mujer, y no es la única, puesto que ya hemos dicho que la misma idea se repite a lo largo de gran parte de los discursos, considera que todo aquello que le realizan y está dentro del protocolo asistencial no se debe cuestionar, lo cual nos muestra hasta qué punto las parejas entrevistadas tienen interiorizado el modelo biomédico asistencial, donde la interpretación que se da al control de gestación autoriza al profesional sanitario para decidir, dejando en este caso a los actores principales en un plano secundario, receptor o pasivo. Desde esta perspectiva se evidencia lo que ya han destacado en otros estudios y que pone de manifiesto el deseo mayoritario de las mujeres respecto a la institucionalización del proceso de nacimiento sin cuestionar la batería de pruebas, puesto que al someterse a estas perciben seguridad.<sup>699</sup> Nuria es otra de las entrevistadas que alude al protocolo de control gestacional como “norma”, no implicándose en el mismo, asume el papel activo pero no se lo cuestiona:

*“(...) yo creo que es que es el protocolo de actuación, y yo creo que todas entramos y tampoco nadie cuestionamos, yo tampoco cuestiono, si me dicen, oye la próxima es la morfológica, la próxima es la glucosa, la próxima son los análisis del triple screening. Lo que no cuestiono, digo bueno ellos sabrán son los profesionales y yo me dejo también guiar.” (Nuria)*

De los anteriores relatos se extrae como el modelo asistencial basado en la relación paternalista entre la mujer y profesional se encuentra muy arraigado y presente en lo que es el imaginario de la asistencia del embarazo, las mujeres anteriores tiene asumido un rol pasivo que carece de capacidad de crítica respecto a la asistencia que puedan recibir, la cual consideran adecuada al estar basada en lo que los profesionales sanitarios deciden en base a la posición autoritaria que se le ha otorgado, no perciben la necesidad de información o participación activa en el proceso. Según las profesionales que han participado en el estudio son pocas las mujeres que se plantean como es la asistencia que están recibiendo, pocas mujeres solicitan cambios, pero también se percatan de que cada vez las parejas se encuentran más formadas y demandan participación, lo cual supone un cambio dentro de este modelo asistencial. La participación en la toma de decisiones por parte de las parejas es uno de los pilares fundamentales de la humanización del proceso asistencial pero como refiere Arnau<sup>700</sup> se debe tener presente que partimos de un sistema sanitario paternalista con todas las connotaciones que le acompañan, y por ello los cambios son complejos y requieren de una gran reestructuración a todos los niveles.

*“(...) yo creo que todavía somos muy serviles en las consultas médicas en general, las mujeres, si y las parejas derivadas, porque creen no tienes, o que no te otorgan ese*

---

<sup>699</sup> Arnau J. Op.cit.2012.p.328.

<sup>700</sup> Arnau J. Op.cit. 2012.p.374.

*derecho, o no creen que tengas ese derecho de opinar, entonces no te lo, no te lo reclaman.” (Gabriela)*

*“(…)aquí las personas vienen muy, eh obedientes, a, a lo que les digan, a lo que tengan que hacer, a las, por aquí, van muy desprotegidas, vienen muy, se sienten, aquí yo creo que la gente viene muy desprotegida, o se sienten muy desprotegidos.” (Carmen)*

*“Se ha pasado un poco, bueno, en todo el sistema nacional, se ha pasado un poco de médico paternalista y que toma las decisiones absolutas en el paciente antaño, a, bueno, la gente ahora está mucho más informada y tal. (...) pero eh, sí que es verdad que al estar más informadas opinan más y dirigen un poco más, como quien dice las cosas, sabes, sobre todo el parto, sobre todo en el parto.” (Macarena)*

El uso masivo de protocolos asistenciales lleva a que la atención prestada a las parejas durante la gestación carezca de una personalización que reconozca dentro de la igualdad las características individuales y la participación en la toma de decisiones de la pareja, las profesionales sanitarias se refieren a los protocolos para justificar la falta de individualización asistencial a pesar de destacar la importancia de llevarla a cabo.

*“La información de los profesionales, cómo ordenes, o sea, no es una, realmente una educación, um, igual, de , pues mira yo creo, intenta, o sea, un profesional sanitario por ejemplo es rara la, la pregunta que diga “¿cuéntame cómo comes tú, cómo come tu familia, que coméis, a qué horas, no sé qué?”; es, entonces desde la profesión sanitaria se impone esa información, y se impone muchas veces sin de verdad saber si eso va a ser lo mejor para esa persona, es decir, se imponen como unas normas de moda, de alimentación, por ejemplo, eh, pero sin realmente plantearnos si de verdad eso, eh es efectivo, es sano o es bueno para, para una persona.”(Carmen)*

*“Yo creo que todavía lo que hay que diferenciar muy claro, es diferenciar los partos de bajo riesgo a los de alto riesgo, el no tener, hay una ligera línea en al que se hace todo a todo el mundo, eh aprender a escuchar las preferencias de la mujer sin pensar que es un riesgo para ella.” (Gabriela)*

*“(…)pero hay veces que yo reflexiono y digo: “¿qué me va a haber escuchado? Si es que no me puede haber escuchado nada, si yo parezco un papagayo aquí hablando, como que ya lo memorizas tanto, tanto, tanto, tanto, que para ti hay veces que se convierte en rutina, entonces parece que te cambian un poco la pregunta y ya, hasta te descolocan un poco.”(Berta)*

*“No, no, no participan y no se enteran de muchas cosas, y además tergiversan mucho de lo que ahí, de lo que ahí pone, pero a veces por miedo no se atreven, no se atreven a preguntar, y otras veces porque también el profesional le dirige donde ella quiere, es decir, yo te quiero hacer una prueba de lo que sea y entonces te dirijo para que si te la quieras hacer, cuando realmente no soy objetiva, no soy objetiva en la prueba que le estoy diciendo.” (Lara)*

Las mujeres a lo largo de las entrevistas en varias ocasiones hablan sobre la necesidad que han percibido durante la gestación de que se integrara la esfera psicológica en el control de la gestación. Las parejas, y en concreto, la mujer gestante está conformada por diferentes aspectos biológicos, psicológicos y sociales, los cuales se deben tener presentes cuando lo que se pretende es dar una asistencia integral e integrada, donde se debe ver a la mujer y el hombre que van a ser madre y padre como “seres únicos”, con particularidades propias, que precisan de una asistencia sanitaria personalizada que cubra sus expectativas individuales, las cuales pueden diferir de una pareja a otra. Prestar una atención uniforme lleva a aquellas parejas que perciben la necesidad de atención personalizada durante la gestación a rechazar este modelo, y solicitar un cambio de rol que cubra sus necesidades.

*“A ver yo creo que desde el punto de vista de las pruebas médicas, lo que viene siendo la faceta médica propiamente, y única y exclusivamente médica, científica, creo que está bastante bien estructurado y creo que... que sí que hay capacidad de reacción, a ver hay casos a los que , que siempre hay errores es una cadena humana y es normal, creo que sería más, eh trabajar la parte humana y psicológica del proceso, y la interconexión entre profesionales, para que tu no sientas que tu atención esta fraccionada, más personal, más personal, porque es que estar embarazado es muy personal, y parir es muy personal, entonces siempre te gusta que la atención sea personal, cuando te operan un brazo o cualquier cosa pero en este caso pues más. Lo que sí me parece chocante es que si te miran el útero te lo mira una, si te mira el pecho te lo mire otro, si te mira el...cualquier...(risas), aunque todo esté relacionado con el embarazo no te lo mira el mismo profesional, y entre ellos no interconectan bien.”(Verónica)*

En consonancia con el discurso anterior Elisa mantiene una postura parecida cuando habla de sus percepciones durante el control de su gestación: *“Pues me parece, me parece adecuado, me parece que, me parece todo muy bien (está hablando del control de la gestación), me parece que a lo mejor había que hacer más hincapié, no sé cómo decirlo, pero esto va en la personalidad de cada, de cada facultativo, pero me parece eso que había que acercarse más al plano a lo mejor psicológico”*. Sara se refiere de este modo a lo que ha sido para ella el control de la gestación: *“No yo creo que es más, van más a lo que es el aspecto físico, al médico, a cómo está la madre, a como se encuentra el hijo, las pruebas, y quizás esa parte eh más psicológica, por así decirlo, lo dejan un poco de lado.”(Sara)*

#### **4.3.PARTICIPACIÓN DEL HOMBRE EN EL PROCESO DE LA GESTACIÓN**

La posición masculina dentro del proceso de gestación se mantiene en un segundo plano vinculado a la figura del acompañante, a la cual se le permite asistir a las visitas de control de gestación pero no se le considera co-protagonista del proceso, sino que adquiere un rol pasivo, sin embargo la bibliografía muestra como los futuros padres experimentan una transformación durante el embarazo de su pareja, donde la “ambivalencia”, también descrita por nuestros informantes, respecto a la gestación está presente, consecuencia de la ansiedad y conflictos

internos a los que se enfrenta el hombre que asume el rol de padre<sup>701</sup>. Así describen Verónica y Manuel su experiencia particular, donde él se siente excluido:

*Manuel: “¡Puf!, a nosotros nos descartan... “*

*Verónica: “¿Que te dijo la ginecóloga el primer día? (risas)”*

*Manuel: “Me lo dijiste tu porque yo ni... lo he oído, o sea, me he quedado, que estuvieras...”*

*Verónica: “Tu pareja que se siente ahí atrás y que no moleste”. Cuando hizo la ecografía, y yo cuando que era nuestra primera eco, que íbamos enamorados de ver al niño.”*

Este relato se presenta como el caso más extremo dentro las diferentes posibilidades de participación masculina en el control de la gestación, donde la actitud del profesional sanitario que le asiste marca la posición y el papel que se espera del futuro padre durante el control de la gestación. Con este tipo de actitud no solo no se promueve la participación masculina, sino que se le excluye del proceso de nacimiento de su hijo/a perpetuando el rol tradicional asignado tanto a la mujer como al hombre, donde el embarazo es considerado una de esas parcelas de la vida que son exclusivas de la mujer, sin considerar que el hombre es responsable junto a su pareja. El impacto psicológico del embarazo en la mujer ha sido ampliamente estudiado, lo cual no se corresponde con la figura masculina, hecho que se ha justificado por las diferentes expectativas culturales que se tienen respecto a la madre y padre<sup>702</sup>, pasando éste a un segundo plano, situación que como muestran los informantes sigue presente. La gestación es uno de los periodos en el cual se puede desarrollar el vínculo paterno, y por ello el acompañamiento aporta beneficios tanto maternos como de ayuda para la formación de la nueva familia<sup>703</sup>.

La situación anteriormente relatada no se corresponde con todos los relatos de los entrevistados, alguno de los entrevistados refieren haberse sentido partícipes del proceso de gestación como refiere Hugo: *“Si, si, que hablaban conmigo, hombre sí que es verdad que el 80% de las veces se dirigen a ella que es lo más natural también por un lado porque al final también porque es la que está embarazada, pero sí, sí que es verdad yo nunca me he sentido de menos”*. Sentirse parte integrada durante las visitas de control gestacional hace que el hombre perciba que se le involucra durante el embarazo, Julio se refiere al comportamiento de los profesionales sanitarios que le atienden al respecto de su participación durante el embarazo:

*“(...)a mí en ningún momento me he visto mal, con que estuviera demás en algún sitio y siempre me han pedido, que si quería, o sea, me han ofrecido ir a preparación, y a todo, o sea que yo en ese sentido estoy contento, luego ya es más es lo que tú te quieras*

<sup>701</sup> Maldonado M, Lecannelier F. Op.cit. 2008. p.146.

<sup>702</sup> Romeu M, Morilla MT, Fernández J. Op.cit. 2015.

<sup>703</sup> Fernández R, Corral Segade ME, Pacheco MJ. Op.cit. 2016. p.10.

*involucrar lógicamente, pero ellos si te dejan un margen abierto para que te involucres".* (Julio)

*"(...) Sí, sí, sí, yo también, todo lo que te comentaban, o te preguntaban, yo ya te digo que sí, que muy bien, y te, te hacían eso en colaboración, que tú le ayudarás o te pedían opinión, yo muy bien, o sea, sí, yo sin problema."* (Pedro)

En gran medida la participación masculina en el proceso de gestación depende de su voluntad, del deseo de implicarse y de aceptar su parte de responsabilidad desde el inicio de la gestación. Algunos de los entrevistados relatan cómo durante el control de la gestación sólo acuden con su pareja a las consultas cuando se van a efectuar ecografías, como describe Yolanda Carballeira en una revisión que aborda la figura paterna, la presencia masculina promueve en el futuro padre *"la reorganización de la imagen de sí mismo y de sus identificaciones intergeneracionales"*<sup>704</sup>. El hecho de que solo acudan a estas visitas junto con las dificultades que tienen para ausentarse de sus empleos, refuerza lo que ya hemos tratado en otro apartado cuando hablamos sobre la tecnificación de la gestación consecuencia del modelo biomédico asistencial y la importancia que adquiere la imagen durante el control de la gestación para ambos miembros de la pareja. Alguno de los entrevistados se sorprende al preguntarle cómo se sintió durante el control de gestación, si se sentía participe o involucrado en el mismo, de forma que siguen considerándose acompañantes pasivos de su pareja. Tanto las matronas como ginecólogas hablan de la participación masculina otorgándole importancia, como dice Carmen: *"es una parte del proceso"*; aquellas con mayor experiencia reconocen el cambio de la figura masculina respecto al proceso de nacimiento, con el paso de una exclusión total a permitirles el acceso y la participación, aunque esta permisividad no lleva aparejada que el hombre sea co-protagonista del proceso como venimos narrando, sino que se acepta su presencia aunque en muchas ocasiones no se potencie su integración.

*"Yo sí, el embarazo, en el paritorio y en el posparto, yo creo que es fundamental, lo que pasa que hay de todo como todo en esta vida, hay gente que da gusto, y hay gente que dices: ¡buah!, pero vamos normalmente, y yo de los años que llevo trabajando yo veo que ahora están como mucho más implicados, les acompañan mucho más a las consultas, antes les acompañaban menos, vale, y ahora si les acompañan más a las consultas, van más como en pareja, antes iban con la madre, con la hermana y ahora no."* (Adela)

*" (...) el hombre tiene que ir cambiando, va cambiando pero tiene que ir cambiando, tiene que ir, um, per, siéndose participe del embarazo y del parto pues porque está ahí, aunque sea la mujer la que se note los cambios, aunque sea a mujer que tal, y de hecho se toma mucho en las parejas, en las parejas en las que viene él, y la aptitud en la que viene él, se nota mucho, la relación de pareja que luego hay a la que no hay."* (Berta)

---

<sup>704</sup>Carballeira Y, La evolución del lugar del padre a través de la historia y en la consulta terapéutica. Cambios en la estructura psíquica del niño actual, Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 2009; 48.p.159.

*“Hombre yo creo que es fundamental, sabes, debería ser al 50%, pero es verdad que ellos cada vez participan más, igual que participan más en la casa y en todo, y en el cuidado de los hijos y así, pero sí que en el embarazo el 80% o más es responsabilidad de ella. Hombre es verdad que es tu cuerpo, tu experimentas los cambios, tu, no, no es comparable, no va a poder ser comparable ni, ni equitativo nunca porque ni paren ni nada, pero hay veces que , sabes, a lo mejor están ellas cambiándose y le estas preguntando a él: “¿oye cuando tienes la cita?”, y no tienen ni idea ni de la cita, ni de si se ha hecho el O’Sullivan, sabes ese tipo de cosas que podían estar un poco más al tanto, sabes, que el hijo es de ambos pero bueno está cambiando. Ahí es verdad.”*  
(Macarena)

Aunque le han dado mucha relevancia a la participación masculina también hablan de la importancia de la elección de la mujer, tanto si desea estar acompañada o no, o su pareja desea participar o no, puesto que consideran que los criterios al respecto son muy rígidos, se ha pasado de la exclusión total de la figura paterna a la necesidad casi “obligatoria” de su presencia continua, siendo cuestionados si no cumplen con ello.

*“(…)eh, hemos pasado de negarles el paso a acompañante hace 20 años a, a ahora es como, es muy rígido todo, encuentro mucha rigidez en cualquier comportamiento, es decir, hace 20 años o los años que fueran no se le permitía el paso, ahora se le permite si o si la pareja, sin consultarle, oye vamos a ver, no hay libertad de que ellos decidan, “pues mira yo a mi este momento prefiero estar o prefiero no estar”, es decir, se juzga mucho si entran, si no entran, si no entran parece que, um, no está bien visto, entonces la pareja, ellos o la pareja, la pareja en general, um, se sienten en la obligación moral de estar ahí.”* (Carmen)

*“Um, yo creo que es necesario lo que la pareja quiera, yo mi opinión , creo que si es necesario que el padre es necesario, pero a lo mejor una pareja o una mujer en concreto por el motivo que sea prefiere que su pareja no esté cerca, que también hay que respetarlo, que a veces nos hemos pasado al otro bando, de que el padre fuera del paritorio, fuera de todo, a que ahora tiene que estar dentro “sí o sí”, y hay veces que al pobre hombre lo tienes que meter a empujones porque el pobre se pone malísimo, o a la mujer no quiere que su marido le vea um, llena de sangre, sudando con la baba caída, pues es que también hay que respetarlo, yo creo que es importante que compartan eso juntos, pero, pero si no quieren también abrá que respetarlos digo yo.”*  
(Alba)

*“Hombre, yo creo, la pareja tiene, vamos es fundamental que la apoye , que la siga y que la ayude, pues hay de todo, desde parejas que están muy encima de la mujer embarazada, hasta parejas que bueno pues que un poco más, mas a distancia , por así decirlo.”* (Carolina)

*“Mucha, mucha, hombre eh un embarazo es un... a dos, si no tienes un apoyo por parte de tu pareja ese embarazo se va a hacer mucho más pesado psicológicamente*

*hablando y físicamente hablando, entonces claro repercute sobre la gestación, de forma directa e indirecta. A parte es importante tener al padre ahí para la toma de decisiones por ejemplo, si hay alguna complicación, un retraso de crecimiento, a la hora de determinar el parto, porque hacer ciertas cosas, siempre se tiene que tomar en cuenta.” (Carla)*

La gestación es un complejo escenario y supone una experiencia de vida para ambos miembros de la pareja, en el futuro padre surgen necesidades, sentimientos que le permiten establecer y reconocer su nueva situación<sup>705</sup>, donde se debe considerar el trato que se presta a la figura masculina, ya que la capacidad de respuesta que tengan los/as profesionales sanitarios hacia la pareja es valorado y produce satisfacción teniendo en cuenta los momentos de inseguridades y dudas que rodean al parto<sup>706</sup>.

#### **4.4. PREPARACIÓN A LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD**

La preparación a la maternidad y paternidad adquiere una gran importancia durante el embarazo tanto para la mujer como para su pareja; constituye el enclave principal de participación masculina durante el proceso de gestación. En este tipo de actividad la pareja recibe información relativa al proceso, conocen a otras personas que están en su misma situación, se convierte en un entorno óptimo para compartir inquietudes y experiencias con el grupo, y es una de las principales fuentes de involucración masculina en el embarazo. Con este tipo de actividad se le permite tanto a la mujer como a su pareja adquirir autonomía y establecer relaciones más simétricas con los profesionales, que les permita llegar a una vía de consenso y corresponsabilidad<sup>707</sup>.

Las sensaciones y percepciones de las mujeres y sus parejas tras acudir a la preparación a la maternidad y la paternidad difieren entre las parejas, durante este apartado vamos a ir relatando las diferentes experiencias de las/os entrevistadas/os. A excepción de una de nuestras informantes a la cual le indican reposo, el resto de las mujeres que han participado en el estudio han acudido a la preparación a la maternidad y paternidad; entre los 13 hombres entrevistados nos encontramos con 5 de ellos que acuden a la preparación, mientras que 8 no lo hacen por diferentes motivos que vamos a ir analizando.

Se ha denominado “Preparación a la maternidad y paternidad”, aunque tradicionalmente se llama “Preparación al parto”, y así se referían algunas/os de las/os informantes al hablar de la misma, pero como en este tipo de cursos no se trata solo el parto, sino que se habla de todo el proceso de nacimiento, el embarazo, el parto y puerperio, junto con los cuidados del recién nacido, se ha considerado que dejarlo con la etiqueta “Preparación al parto”, excluye gran parte de los contenidos que la conforman y lo reduce al momento del parto. Tampoco lo hemos querido denominar “Educación Maternal”, que es otra de las etiquetas que se usa para nombrarla, al contemplar que no se trata de educar a las mujeres para ser madres, sino de

---

<sup>705</sup> Calderón NM, Ruiz CH. Op.cit.2010.p.90-3.

<sup>706</sup> Nakano AMS, Silva LA, Beza ACS, Stefanello J, Gomes FA. Op.cit.2007.p.134.

<sup>707</sup> Arnau J. Op.cit.2012.p.379.

informar, dar una serie de herramientas que permitan a las mujeres y los hombres para hacer frente a la nueva realidad a la que se van a enfrentar; además al referirse solo a la maternidad está excluyendo al hombre en la participación, por ello se ha denominado “Preparación a la maternidad y paternidad” considerando que con este título incluíamos a ambos. Durante todo el proceso de nacimiento la matrona tiene gran importancia profesional, y en especial durante estos cursos, ya que establece una relación de empatía con la pareja, se convierte en la profesional que brinda apoyo social, informa a la pareja para capacitarlos en la toma de decisiones conscientes sobre la evolución del proceso de nacimiento<sup>708709</sup>.

Nos encontramos con que la Preparación a la maternidad y paternidad se ha convertido en la actualidad en uno de los grandes pilares en el cual la pareja recibe información relativa al embarazo, parto y puerperio, donde se les permita conocer las diferentes opciones asistenciales a las que pueden optar y así poder discernir entre ellas, así como recibir información de los cambios que ocurren en el cuerpo de la mujer, hablar sobre la lactancia, el periodo del puerperio y los cuidados de su hija/o. Entre los beneficios se encuentra que aumenta la satisfacción y la capacidad para afrontar el proceso de nacimiento como una experiencia positiva. Para la OMS empoderar y educar a las mujeres, familias y comunidades es una estrategia para reducir la morbi-mortalidad materna, así como fomentar una vida saludable y la toma de decisiones oportunas respecto al uso de servicios sanitarios, por ello las sesiones de la Preparación a la maternidad y paternidad se prestan como el escenario idóneo para conseguirlo<sup>710</sup>, y también es recogido en la Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio del Sistema Nacional de Salud, donde se establece la siguiente recomendación: *“Se sugiere ofrecer a todas las gestantes y sus parejas, la oportunidad de participar en una programa de preparación al nacimiento con el fin de adquirir conocimientos y habilidades relacionadas con el embarazo, el parto, los cuidados del puerperio, del/la recién nacido/a y con la lactancia”*<sup>711</sup>.

*“A mí las clases muy bien, sí. Las clases lo mejor, porque la verdad que te enseñan muchas cosas, tu preguntas y te, te resuelven muchas dudas, luego conoces a gente, y intercambias opiniones, o sea, están muy bien la verdad.”* (Marisa)

Los informantes acuden a este tipo de cursos en busca de toda esa información que perciben como necesaria para enfrentarse a la nueva situación de maternidad/paternidad, a la cual se enfrentan con cierto desconocimiento e incertidumbre de la cual se acompaña la novedad, es un espacio para el encuentro con iguales, mujeres y hombres en la misma situación, donde pueden intercambiar información y experiencias.

---

<sup>708</sup> Ramírez H, Rodríguez I. Op.cit.2014.p.e3.

<sup>709</sup> Benayas N, González R, Hernández E, Valladolid S. Op.cit.2015.

<sup>710</sup> Mata MJ, Sánchez MI, López MB, Beneficios de la Educación Maternal en el Parto, Rev Paraninfo Digital, 2015; 22.

<sup>711</sup> Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.p.164.



*“Yo estaba deseando empezar, pues no sé, porque tienes tantas dudas de, de, luego estar con otras mujeres que están en la misma situación también te ayuda, porque si fueran individuales quizás sería diferente, pero ves a otra que esta como tú, otra de dos semanas más, otra que ya no viene porque ya ha dado a luz, y a mí me han tranquilizado mucho”. (Pilar)*

*“Yo por enterarme porque realmente como yo me siento bien, pues yo lo voy dejando todo, soy algo vaga en pensar lo que va a venir, entonces lo voy dejando, no me preocupo de nada, y claro pues así te vas interesando, o sea te vas enterando, por las dudas que tienen las demás.” (Isabel)*

*“Porque, porque quería, porque quería aprender, quería, no sé, me hacía de verdad mucha ilusión ir a estas clases, las habíamos visto toda la vida y había oído hablar de ellas y me hacía mucha ilusión el, el estar, el estar con otras embarazadas, el que una persona que ha vivido los partos y ha tratado muchas embarazadas te cuente de verdad como es eso, porque a la hora de la verdad tú no sabes cómo es, o sea tu sabes la parte general pero no sabes cosas concretas, preguntas dudas, no sé, y quería que alguien me lo contase, que alguien, me lo contase desde el punto de vista de una madre, sabes, y para eso fuimos para aprender.” (Elisa)*

*“Pues mira iba, Um, que no quería ir, porque dije: “ ¡uff, ahí, juntarte con más madres, hablar de lo mismo, buah!”, yo no quería ir a eso; pero dije... me sentía mal si no iba, entonces digo voy a probar, voy a ver qué es esto, y luego me gustó, (...) y es que verdad que luego al final acabas disfrutando de esas madres embarazadas que tiene cada una, cada una es una historia, y te metes en el mundo este.” (Julia)*

Como describen las informantes y al igual que sucede en otros estudios<sup>712</sup>, las mujeres desean o solicitan un programa continuo que les permita enfrentarse a los diferentes problemas o inquietudes que les surgen, permitiendo un desarrollo de herramientas o habilidades para superarlos.

En la actualidad dado el desconocimiento que tiene las parejas del proceso de nacimiento acuden a la Preparación a la maternidad/paternidad para buscar una serie de conocimiento que les ayude a enfrentarse a esta etapa. La matrona juega un papel primordial como referente para la pareja en esta etapa, y como tal es un elemento clave para favorecer la incorporación masculina al proceso. Las matronas que participan en el estudio comparten la premisa anterior, al considerar esta actividad un espacio de intercambio de información y percepciones entre la profesional sanitaria y la pareja.

*“(...)es como una introducción a gente que tratamos con este, con este trabajo cada día, que para nosotros es algo muy familiar no, pues es como una oportunidad que la*

---

<sup>712</sup>Paz C, Artieta I, Grandes G, Espinosa M, Gaminde I, Payo J, Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal, Aten Primaria, 2016; 48(10).p.661.

*gente que sabemos y conocemos esta, este momento podemos transmitir y enseñar y compartir y tal, entonces para mí es muy importante porque es como disminuir su ansiedad hacer que lo conozcan, que sea algo natural, sea algo normal tal, entonces ahí hay un papel fuerte, pero hay que manejarlo bien para que eso funcione.”(Carmen)*

*“Yo muchísima, yo por mi experiencia que estuve muchos años, creo que es ahí, es donde, es donde, era el bálsamo, o sea en las clases de preparación al parto era donde, donde iba a, vamos toda la semana estaba, um, apuntando todas las dudas, todas las preocupaciones, todos los agobios y tal, para justo contarlos ahí, entonces a mí siempre me gustó eso, conseguir una dinámica de grupo.”(Lara)*

Esta actividad es uno de los pocos momentos asistenciales donde se deja un espacio reconocido a la pareja masculina para ser partícipe del proceso, aunque como relatan durante las entrevistas carecen de motivación necesaria para que participen en la misma, y solo permanecen aquellos que mantiene un alto grado de motivación y sentimientos de responsabilidad acerca del proceso de nacimiento. Pero se debe tener en cuenta como se describe en otros estudios<sup>713</sup> que el futuro padre también presenta necesidades emocionales y de apoyo, se enfrenta a un periodo de relativa vulnerabilidad, de modo que estas sesiones se presentan como uno de los pilares para cubrir sus necesidades y resolver las incertidumbres. Las barreras que deben superar aquellos hombres que deciden involucrarse les hace sentirse excluidos de un proceso que consideran está dirigido a la mujer donde ellos adquieren un papel de observador pasivo. Como relata Lara sólo aquellos con un alto grado de motivación permanecen en las sesiones: *“Yo, fijate la preparación al parto en la pareja, como eran grupos tan pequeños um, no tuve buena experiencia, la tuve mala, la tuve mala porque eran grupos muy pequeños , muy pequeños que llegaban a conocerse entre ellas muy bien, entonces al ser grupos tan pequeños pues uh, había maridos que les daba como vergüenza y no querían ir, otros que les importaba tres pepinos y tampoco iban, entonces, y otros con mucho interés, entonces, yo si el marido tenía mucho interés iba, pero yo le contaba , yo le contaba “no vienen todos, solo el que quiera y tal, o sea, yo no voy a obligar a que todos los maridos vengan, pero que sepas que no van a estar todos, que te puedes sentir incómodo porque a lo mejor estas tu solo en un grupo de 6 o de 5 y tal”, y los que querían y tenían interés seguían yendo.”(Lara)*

Este sector masculino que quiere involucrarse en el proceso refiere durante las entrevistas que ellos también presentan necesidades de información y demandan contenidos adaptados que cubran sus lagunas de conocimientos:

*“(…)sí que es verdad yo nunca me he sentido de menos, quizá en las clases de pre-parto donde peor, que estaban muy dirigidas a ellas, pero en lo otro no.” (Hugo)*

Durante su entrevista Hugo habla sobre los contenidos de la Preparación a la maternidad/paternidad los cuales refiere estar completamente dirigidos hacia la mujer aunque se permita la participación masculina, a pesar de no sentirse partícipe de la actividad acude a todas las sesiones junto a su pareja.

<sup>713</sup> Maldonado M, Lecannelier F, Op. cit. 2008. p.151.

*“Hombre porque siempre son de ayuda, yo creo que siempre aprendes cosas o sabes, aunque la verdad es que estaban dirigidos para ella, yo creo que yo no pintaba nada pero, pero bueno siempre está bien saber porque pasan las cosas, aunque es, y aunque le pasen a ella vamos.” (Hugo)*

*“La verdad es que era el único hombre que iba, o sea nunca fue nadie entonces yo entiendo lo mismo que también solo se dirija a las mujeres, porque como no irá casi nunca nadie.”(Hugo)*

Desde el punto de vista de Hugo la presencia masculina en este tipo de actividades es compleja de mantener al dar un enfoque de contenidos únicamente dirigido hacia la mujer, lo cual refiere que fomenta la escasa afluencia masculina. Esta conclusión ya ha sido tratada en otros estudios<sup>714</sup> los cuales corroboran como estas sesiones no están enfocadas hacia la figura masculina, la cual tiene un escaso papel, que da lugar a sentimientos de malestar y desconfianza durante la gestación.

No todos los informantes desean ser partícipes, nos encontramos con que en otras ocasiones los propios hombres han hablado sobre su falta de participación excusándose en que este tipo de actividades pertenecen o son dirigidos a la mujer, estos informantes no acudieron a la preparación a la maternidad y paternidad. Pero no solo son las parejas masculinas las que en ocasiones no quieren acudir a esta actividad, sino que parte de las informantes femeninas refuerzan con sus relatos la visión de que la Preparación a la maternidad/paternidad es un reducto femenino el cual no desean compartir, aunque si contempla la posibilidad de que dispongan de algún tipo de actividad más enfocado hacia ellos.

*“Dirigido el contenido hacia ellos un poco tal, porque no tiene ningún sentido de que vayan a “coge el aire así”, porque ellos no van a estar en el parto y si están es al final, no van, ellos allí no pintan nada.” (Claudia)*

*“Eh, pues siempre viene bien que te acompañe o, pero yo creo que es para ti, si, de hecho fue la pareja de una chica el primer día y tampoco ha vuelto, o sea, a él nadie se dirigió directamente, la preparación es para la madre te dicen cuando tú, como tú te vas a sentir, cuando tú tienes que ir al hospital, cuando... yo que sé, es dirigido.... (Silencio)*

*Investigadora: ¿a la madre?*

*-yo creo que sí.” (Adriana)*

Con estos razonamientos reduccionistas, al considerar únicamente la biología como argumento, se refuerza la concepción de la crianza de los hijos como responsabilidad únicamente femenina, y como podemos ver, este tipo de discurso es manifestado por una mujer embarazada, la cual mantiene el proceso de nacimiento como exclusividad femenina y por tanto descarta a su pareja del proceso, aunque diga que siempre viene bien que

---

<sup>714</sup>López AB, López MD, Linares M.Op.cit. 2015.p.98.

acompañe. Esta clase de actitud no es única, nos encontramos con hombres que estaban dispuestos a acudir y participar en el proceso los cuales al no verse animados por su pareja deciden no acudir:

*“ (...)cierto es que Juan me pregunta siempre:” ¿y voy y tal?”. Y a ver no sé, me parece, eh muchas veces le digo: “hijo es que a lo mejor, digo respirar tengo que respirar yo, digo la primera hora es de teoría, pero la segunda ya es de de...yo, ya te lo cuento, ya te lo digo, ya...”, o sea quizás hasta soy yo la que le digo: “¡uff, pues para que vas a venir!”. (Nuria)*

*“(...) pues han sido más cosas de ella, vamos de ellas, no se de..., que me ha dicho:” bueno si quieres, estate tranquilo, quédate en el trabajo y no vengas, porque a lo mejor yo te voy informándote de cosas y ya está”. (Juan)*

Como venimos mostrando las/los informantes refieren que los contenidos de estas actividades conforman un discurso que se dirige hacia la mujer, se permite al hombre asistir, pero no se sienten participes del mismo, sino “acompañantes”. Aparece una situación particular puesto que se le invita a participar con el fin de involucrarlo en el proceso de nacimiento de su hijo/a y sin embargo, durante el transcurso de las sesiones no perciben que se cuente con el más que como un acompañante pasivo de su pareja. Los informantes que acudieron junto a su pareja a la Preparación a la maternidad y paternidad resaltan la escasa participación masculina durante los mismos donde en numerosas ocasiones ellos eran los únicos hombres que participaban, ya que algún otro acudía a una primera sesión y no volvía a repetir.

¿Por qué ocurre esto? Los entrevistados masculinos hablan desde su experiencia personal de esta situación particular, situación que también es resaltada por ellas. En numerosas ocasiones hablan de la dificultad de acudir a ellos por su trabajo, los horarios laborales y la imposibilidad de faltar en ese horario a su puesto laboral, pero también nos encontramos entre los entrevistados con hombres que aunque tenían la posibilidad de asistir junto a su pareja no lo hacen al considerar este tipo de actividad como “*algo para las mujeres*”. Aquellos que si acuden durante el transcurso de los mismos se sienten como observadores y no parte activa de los mismos, lo que hace que algunos expresen que les gustaría verse más involucrados, puesto que ellos también precisan de información para enfrentarse a la nueva etapa y ser parte de la misma, por ello decimos que aquellos que si están sensibilizados con su parte de responsabilidad desde la gestación se encuentran con obstáculos que no le facilitan la tarea.

*“Yo el día que fui, sí que me dijeron, bueno meterme más en el grupo, pero estaba un poco, porque era el único que estaba en ese momento, sí, luego llego un chico también. Pero bueno en el momento que lo dijo estaba yo solo y me dio un poco de..., y no, me metí dentro del grupo, como si dijéramos, pero buenos, ellas, ellas sí que estaban con sus pelotas y sus cosas.”(Álvaro)*

Álvaro dice que es el único hombre que acude con su pareja y se siente excluido del mismo a pesar de ser invitado de forma expresa a participar por la matrona que dirige la actividad, no se considera un actor principal sino un espectador de lo que sucede, como apunta “*ellas con*

*sus cosas*”, de modo que aunque acude con su pareja percibe que este tipo de actividad como un espacio dirigido para la mujer. Aunque Álvaro acude con su pareja lo hace como acompañante pasivo y no se plantea la posibilidad de adaptar a sus necesidades de información los contenidos.

En este sentido nos encontramos con uno de los entrevistados que tras su experiencia en la Preparación a la maternidad/paternidad analiza desde su óptica cual es la situación, a la que refiere sentirse fuera de lugar, puesto que tienen un enfoque que no les invita a participar, se siente en un segundo plano, lo cual atribuye a que hasta hace relativamente poco tiempo este tipo de grupos eran un espacio exclusivamente femenino que se mantenía vetado para los hombres; Manuel en su relato plantea la demanda de formar grupos masculinos con el objetivo de involucrar a la figura masculina en el proceso de gestación, del cual quieren formar parte, ya que ellos también van a adquirir un nuevo rol que desconocen.

*“Um que me gustaría, pues hombre no sé, pero yo por ejemplo los, los cursos estos de que... de Preparación al parto, creo que o mi sensación es para las mujeres, evidentemente, y después que vengan ellos. Yo creo que a lo mejor habría que hacer una particular para nosotros, o sea sin ellas, como vemos...”*

*-Investigadora: ¿un curso de Preparación a la paternidad?*

*Ahí pues me siento, como te he dicho antes un poco apartado, bueno viene el, porque es el padre, o supuestamente es el padre, y viene, pero no esa implicación.”* (Manuel)

Manuel dice que acudir a la Preparación a la maternidad/paternidad le permite adentrarse y abrir las puertas de un mundo que como refiere no se permitía el acceso masculino: *“A mi eh, es la novedad, para mi es la novedad, un mundo que te suena todo a nuevo, no, que era, un poco hasta ahora para mujeres, porque así nos lo han presentado también; o sea, y bueno pues, pues curioso.”*

Ellas también opinan en referente a la participación masculina durante la Preparación a la maternidad y paternidad, Pilar destaca que acudir junto con la pareja favorece que el hombre sean más comprensivos y conozcan cuales con los diferentes cambios que se suceden durante el proceso de nacimiento en la mujer, al igual que los relatos masculinos destaca la posibilidad de hacer algún tipo de curso dirigido a la población masculina para evitar que se sientan excluidos, puesto que actualmente solo se contempla la figura masculina como acompañante.

*“Necesario (se refiere a acudir junto a su pareja a la Preparación a la maternidad/paternidad, ni siquiera es para mí necesarios o imprescindible, pero sí que es muy importante, sí. (...)) pero le ayuda mucho a entenderte mejor, a ver que, a ver mi chico considero que mi chico es comprensivo y que se pone en mi lugar, pero igual que yo no sé lo que es un parto el mucho menos lo sabe.*

...

*Pero sí que considero fíjate que debe haber una clase que fuera para ellos, una, (...), porque sí que les da miedo, porque a ver otros chicos no sé, pero el mío un recién nacido no lo ha visto en su vida.” (Pilar)*

Acudir a este tipo de cursos, incluso aunque en la actualidad y como se puede extraer de las entrevistas las parejas masculinas no se sienten parte de las mismas, pero les permite empatizar durante el embarazo con la gestante como refiere Julio: *“Yo creo que le viene muy bien para ponerse un poquito en situación de lo que su mujer está sintiendo, y pasando, porque es que, no sé, los hombres, algunos, lógicamente, creo que cada vez menos, son muy egoístas en el sentido de se piensan, que... puf, ya me gustaría ahí vernos a nosotros ahí, sabes, (...) Entonces creo que sí, que la Preparación, ir a la Preparación al parto te va a hacer sensibilizar más de lo que está pasando tu pareja, si eres así, si eres un poco zote, un poco burro y esas cosas aun así no te entran, bueno es que creo que si no eres así, vas el primer día y no vuelves, entonces, si yo creo que sí, que son buenos tanto para la mujer como para el hombre, vamos pienso yo eso.”*

En relación con la baja afluencia masculina a los mismos como ya hemos descrito se relaciona con la imposibilidad de ausentarse de su puesto laboral, pero algunos de los que sí pueden y no acuden hablan de que su pareja les disuade puesto que no considera que sea necesaria su participación, ya que piensan que es una actividad dedicada en exclusiva a la mujer embarazada. Entre los motivos que muestran aquellos que si acuden se encuentra el deseo de prepararse al igual que su pareja para cuidar a su hijo/a, además de acompañar y apoyar a su pareja, de modo que asistir a la Preparación le ofrece la posibilidad de acercarse a su pareja durante el proceso de nacimiento.

*“(...)a lo mejor ahí pues sí que podían un pequeño apartado, para, para, para el padre, pero es que, que tampoco hay afluencia de padres, es que tampoco, no se le ha ni planteado, porque a lo mejor esta vez hemos ido dos, pero me imagino que haya muchas veces que no vaya ninguno, unos porque no quieren, otros porque no pueden, sabes, conozco algún caso de hace poco “¡bua! he ido algún día y vamos no vuelvo!” Cada uno es como es, a mí no me, a mí no me ha disgustado, salía y yo decía :“¿pues si ha estado bien, a mí me ha gustado!”, creo que sí, porque además no estás preparado, joder, necesitas, te viene fenomenal que alguien que, que sabe te diga, claro, entonces sí.” (Julio)*

También nos hemos encontrado entre los entrevistados con un grupo de hombres que entienden que la Preparación a la maternidad /paternidad es una actividad que deben recibir las mujeres y por este motivo no se encuentran motivados para asistir, discurso que es reforzado por sus parejas femeninas: *“(...)yo creo que, y según me decía ella que no hace falta, porque realmente lo que le hacen falta a ellas, pero eh, porque claro cuando te está pasando, el embarazo es cosa de ella y básicamente así”*, Pedro alude a la exclusividad física del embarazo en el cuerpo femenino para justificar la ausencia masculina. Para Víctor la escasa participación masculina se presenta como la justificación para no acudir: *“Yo no sé si hubiera*

*ido, sabes. (Investigadora: ¿Por qué? ) No sé, lo primero, me ha dicho ella que no va ninguno, que solo van ellas, y yo me sentiría extraño si no va nadie y solo voy yo sabes.” (Víctor)*

En referencia a la participación masculina en estas actividades las matronas entrevistadas corroboran lo ya descrito: baja participación justificada en la mayoría de las ocasiones por dificultad para ausentarse del puesto laboral. Carmen enmarca la escasa afluencia de futuros padres como una consecuencia del modelo tradicional de diferenciación entre lo masculino y femenino, que otorga la exclusividad de las tareas reproductivas a la mujer.

*“Partiendo de que la educación en los, um, en el género masculino parece que no hay necesidades emocionales, que una persona, un chico no tiene necesidades emocionales, no se estresa, no llora, no se pone triste, no se pone nervioso, no se enfada, no, son fuertes, son seguros, son tal, partiendo de eso, eh, el propio chico o la propia pareja masculina no hace ver que él tiene necesidades también.” (Carmen)*

*“(…)ahora últimamente están todo el rato continuamente, pero ha habido muchos de esos, que vienen la primera vez ven que no hay hombres y tal, y trabajan, y no vuelven.” (Lourdes)*

*“Muchas veces vienen a la preparación la pareja, y a lo mejor les metemos ahí en el grupo y a lo mejor ven que de 10 personas vienen 2, y al final desaparecen, sí.” (Adela)*

*“Vienen, pero tenemos mal horario, tenemos mal horario eso es una razón, y luego otra razón es que dentro del mal horario hay veces que puede venir uno, entonces si viene uno se corta y se va, otro día viene otro, pero se corta y se va, entonces, el hecho de que no haya un grupillo de ellos, yo por ejemplo en algún curso, en alguno de los grupos que han venido el primer día 3 o 4 perfecto porque han seguido todos, pero cuando viene uno un día y otro, otro, se cortan y no vuelven.” (Berta)*

*“(…)pero yo creo que no, no se pone especial interés, como si quieres venir ven, pero no se diseñan clases para que participen los dos.” (Alba)*

*“(…)y no todos implican igual o la parejas no se quieren implicar igual en la, en la educación maternal yo creo que casi todos van, los que pueden ir más o menos, lo que pasa que tampoco creo que este muy orientada para las parejas tampoco, que van un poco como meros espectadores de la situación.” (Gabriela)*

Las parejas que acuden juntas no perciben como ya se ha comentado que los contenidos de la Preparación a la maternidad y paternidad se encuentren orientados hacia ambos miembros, sino solo hacia la mujer. Pero a pesar de estar dirigidos en exclusiva a la mujer, el contenido de los mismos es percibido como generalizado e uniformado, centrado en la orientación de los asistentes hacia un parto hospitalario vaginal sin complicaciones, seguido de una lactancia materna sin dificultades. Esta situación coloca a algunos/as de los/las entrevistados/as en una posición desde la cual afirman no recibir la suficiente información para enfrentarse a la situación real que se encontraron tras el nacimiento de su hijo/a, ya que se les orientó hacia

una situación ideal, que en algunos casos no se cumplió. Se trata entonces de que los contenidos que aparecen en estos cursos, aunque como refieren las parejas existe la posibilidad de preguntar y hablar con la matrona encargada de los mismos, sin embargo refieren que en realidad estos contenidos son rígidos y despersonalizados, se habla sobre qué es lo que deben esperar del parto hospitalario, y se informa de como se espera que se comporten en el mismo, donde en caso de que la pareja masculina haya acudido actué como catalizador de los contenidos aprendidos cuando la mujer no lo haga por las circunstancias del momento durante el parto. Con el siguiente extracto del relato de la experiencia de Sofía damos voz a lo que acabamos de describir:

*“Cumplen con las necesidades antes, o sea, eh lo que yo veo es que te enseñan a dar a luz y a amamantar a tu bebé, no te enseñan a que vas a tener una cesárea, eh no te enseñan a que tu bebé va a tomar el biberón, o sea, entonces, vas muy estereotipada a dar a luz, y si te pasa como en mi caso, pues luego te llevas un chasco de mil demonios, porque vas con una mentalidad de “yo soy fuerte, yo voy a dar a luz, yo sé que no voy a querer epidural, yo sé que voy a aguantar el dolor”, y luego no, o sea, no te dicen, si te lo dicen, pero como que te educan en dar a luz de forma natural.” (Sofía)*

Idealizar y estereotipar la información respecto al momento del parto no ayuda a Daniel a encontrar las herramientas necesarias para afrontar su parto por cesárea, que no cumple con sus expectativas iniciales y le lleva a sentir sufrimiento al no encontrarse con lo que ella esperaba, un parto eutócico junto con un inicio de lactancia materna sin intervenciones, separación con su hija y sin problemas derivados: *“me esperaba un parto natural, con mis dolores y mis contracciones, pero se dio la vuelta.”*(Sofía) La experiencia personal le lleva a hablar sobre la necesidad de explorar las diferentes alternativas que se puede encontrar y no solo lo que se considera “ideal o normal”, se trata de dotar a la pareja de a información que le permita hacer frente al proceso desde un punto de vista activo, se personalice, puesto que cada mujer tiene unas características personales únicas que le distinguen y algunas no cumplan los criterios de normalidad, se refiere a la información que se recibe en la Preparación a la maternidad /paternidad como un modo de “educar” a las mujeres y sus parejas, de forma que actúen según lo que se espera de ellos en cada momento.

*“Pues educar, porque al final no deja de ser una educación, aunque es de preparación, entonces educar en diversos canales, o sea, si tienes que amamantar a pecho a demanda, vale pero enséñame a qué hacer si mi hija no coge el pecho y he intentado todo lo intentable y no lo coge, o enséñame a no llevar la mentalidad de que voy a tener un parto natural y luego me venga una cesárea, sabes, enséñame, no me enseñes, o sea, no me cierres el camino y luego me abras una pequeña vía, no, ábreme todas y luego veremos a ver.” (Sofía)*

Se rompen los esquemas de lo que ella espera para ese momento y no encuentra las herramientas para afrontarlo sin que tenga un sentimiento de fracaso, no se siente preparada para la nueva situación.



*“Y el chasco, yo la vi desanimada, no desanimada pero “¡jolin pues eh, yo estoy preparada para esto y de repente me dan la vuelta a todo!”, como que dices me falta algo, sabes o como que me faltaba algo.” (Daniel)*

Berta remarca el rechazo que percibe cuando las parejas que tienen “idealizado” el proceso de nacimiento y no obtienen lo que esperan en cada momento, por ello destaca la necesidad de establecer una adecuada comunicación bidireccional, permitiendo un tiempo para expresarse y comprender, evitando en lo posible que aparezcan frustraciones.

*“Um...Porque a mí me parece también que cuando llevamos una idea, es decir, yo voy con la idea de que mi parto va a ser natural, vaginal, eh, esto crea muchas expectativas, no, y luego se tuerce por algo y es una frustración terrible; entonces, a mí me parece que dependiendo de las situaciones si a ti te van hablando te van diciendo: “pues mira esto va progresando bien, podemos hacer esto va”, y no se necesita tanto tiempo, es decir, se necesitan en pequeños ratos un poco de dosis de comunicación y de tranquilidad, no es otra cosa, porque lo otro yo creo que traumatiza. Es lo mismo que con la lactancia materna, estamos ahora en esa fase de la lactancia materna, de lactancia materna, y la mujer que no lo consigue, por pequeñas razones, que pueden ser muy pequeñas pero lo son frustraciones total, entonces a mí me parece que una madre porque no haya podido dar el pecho a su hijo se siente frustrada es terrible(...)” (Berta)*

A pesar de todo lo que hemos destacado respecto a las experiencias de las personas que han participado en el estudio, las mujeres refieren que las matronas que imparten los cursos se encuentran receptivas y abiertas a cubrir las diferentes necesidades expresadas por las parejas, pero lo que ocurre es que durante el transcurso de la actividad no las perciben, sino que aparecen en el parto o durante el puerperio, pero a pesar de ello predominan las percepciones positivas de las mujeres sobre estos cursos, valoran la posibilidad de poder resolver sus dudas, de poder hablar y compartir experiencias con otras personas que están pasando por la misma etapa, ampliar los conocimientos respecto al proceso de nacimiento, hace que la participación de muchas de las informantes sea satisfactoria al cumplir con sus expectativas iniciales planeadas.

*“Se adapta y se acepta preguntas y todo lo que tú le comentas ella te lo responde, sí, yo creo que si se adapta, yo creo que ella tiene un protocolo establecido pero yo creo que sí que se adapta.” (Adriana)*

*“(...)porque preguntaba todas las dudas y si, si, no tenía ningún problema en quedarse le tiempo que hiciera falta, en parar la clase y hablar con alguien y que todas hablásemos también, muy bien.” (Elisa)*

*“(...), porque como va más gente, van más madres pues si hay una que tiene una duda y yo tengo otra, pues parece que las resolvemos entre todas, bueno le preguntamos a la matrona y te lo resuelve todo.” (Marisa)*

En definitiva, la Preparación a la maternidad y paternidad se muestra como espacio único de interacción de la pareja con el sistema sanitario, en este caso representado por la matrona, y con otras personas que están en la misma etapa vital, lo cual dota a esta actividad de numerosas posibilidades de comunicación e interacción entre todo/as. Se trata no solo de hablar de técnicas, de explicar el proceso físico del parto, la lactancia o el puerperio..., sino incluir los aspectos psicológicos que conllevan, es una actividad ideal para integrar todos los aspectos biopsicosociales que integran a la persona.

*“A mí lo que más me está gustando es la información técnica o científica, pero lo que menos es que creo que otra vez la información es demasiado científica, y parte de estas clases debería tratar la faceta psicológica porque está demostrado claramente que cuando una mujer está preparada psicológicamente para el parto lo aborda de una manera que incide directamente en el progreso del parto, o sea en el proceso, entonces, y esto no, y esto no quiere decir que diga “tenéis que estar tranquilas”, ya, ya lo sé, o sea ,no vale con decir “tenéis que estar tranquilas, porque si estáis tranquilas y respiras bien seguramente todo vaya mejor”, no, o sea no sé cómo explicarlo.”(Verónica)*

#### **4.5. REFLEXIONES FINALES**

Las parejas entrevistadas siguen el protocolo de control gestacional consensuado, el cual supone la herramienta de trabajo de los/las profesionales que les asiste al marcar como, cuando y quien les atenderá. El proceso gestacional es multidimensional, afectando a todas las facetas de la vida de la pareja, es un evento único dentro de la asistencia sanitaria, puesto que aunque es un proceso fisiológico cuanta por parte de atención sanitaria por profesionales. Las parejas primerizas se enfrentan al embarazo desde el desconocimiento, situación que da lugar a que las visitas asistenciales se conviertan en una de las principales fuentes de información; y así lo expresan las mujeres, las cuales perciben y demandan la necesidad de asistencia sanitaria, en un primer término como medio que le confirme de forma objetiva la gestación, obviando los cambios percibidos, siendo necesaria la conformación ecográfica.

La tecnificación del control de la gestación es un hecho, durante el estudio ha sido constatado tanto por las mujeres y sus parejas, como por las profesionales sanitarias que han participado en el estudio. Esta situación lleva a las parejas a percibir los tiempos de espera hasta las visitas donde se les realizan las ecografías como “*periodos de incertidumbre*”. La dependencia de la mujer hacia los avances tecnológicos, como la ecografía, es tal, que hace que se refieran a los resultados de las mismas como referentes de los cambios que experimentan. Este modelo asistencial provoca que algunas de las parejas se enfrenten a gestación con la idea de que es un proceso patológico, puesto que perciben un riesgo elevado de complicaciones, lo cual justifica esa demanda asistencial percibida. Por ello los encuentros asistenciales, y en concreto, la posibilidad de realizar ecografías se presenta como la solución para aplacar sus incertidumbres y miedos.

Gracias al control gestacional se ha reducido notablemente la morbi-mortalidad materna e infantil, situación que lleva aparejada la dependencia de la mujer respecto al sistema sanitario, despojándolas de sus propias sensaciones, sin que las parejas lo perciban, las mujeres pierden el control y protagonismo al depender de la tecnología sanitaria, la necesidad percibida y demanda de mayor número de pruebas no justificadas científicamente, junto con el poder que se cede a los/las profesionales sanitarias que realizan las pruebas y poseen conocimientos para descifrar resultados, da lugar a que la mujer y sus sensaciones pasen a un segundo plano, invisibilizándola. Las profesionales sanitarias son conscientes de la situación y destacan como perciben la demanda de asistencia, la cual cuando no se cubre dentro del Sistema Nacional de Salud, se buscan alternativas en la asistencia privada, con el fin de sentirse más seguras y tranquilas respecto al buen curso del embarazo. Toda esta situación lleva a que los/las profesionales sanitarios sean minuciosamente observados/as durante el acto asistencial, de modo que cualquier reacción o comentario vertido serán tenidos en cuenta por las parejas para interpretar la situación.

En este orden la ecografía es tan importante para las parejas que los hombres acuden a las visitas en las que se le realiza la prueba, para ellos se convierte en la posibilidad de verificar el embarazo e integrarlo, iniciando de ese modo la formación del vínculo por medio de la imagen, en este sentido la ecografía deja de ser una prueba más de control y llega a convertirse en un vehículo de integración masculina. Sin embargo, las mujeres perciben que desde la asistencia que le prestan no se integran los aspectos psicológicos que para ellas tiene la ecografía. En definitiva, por un lado la ecografía se enmarca como la prueba estrella a través de la cual la mujer y su pareja viven el embarazo y se expresan, pero sin embargo esta dependencia tecnológica se acompaña de aspectos negativos: ansiedad vivida hasta que se realiza la prueba, incertidumbres y miedos en el transcurso de la misma, consecuencia de la percepción del riesgo que les acompaña durante todo el proceso.

El trato que reciben las parejas influye de forma directa en el modo en el cual la mujer y el hombre viven el proceso, las parejas nos han descrito diferentes situaciones donde han destacado, por un lado deshumanización asistencial cuando aparece la despersonalización y desensibilización en los encuentros asistenciales. Esta situación se presenta cuando no se tienen presentes las preferencias o necesidades individuales de las parejas, al prestar una atención estereotipada provocando la falta de protagonismo, a lo cual se le añade la falta de integración de aspectos psicológicos implícitos y ampliamente descritos por las parejas, situación que se corresponde con el modelo biomédico o tecnológico asistencial basado en relaciones patriarcales que aún está presente. Los hombres no se sienten integrados en el proceso, pero tampoco sienten que se individualice el trato hacia la mujer, consideran la asistencia generalizada, reducida a los aspectos físicos del proceso, sin integrar el resto de esferas que conforman la vida, de modo que refieren la asistencia como despersonalizada o fragmentada. Lo cual se ve favorecido cuando los profesionales adquieren comportamientos paternalistas, la comunicación toma una única dirección, y la pareja se convierte en sujeto pasivo y expectante. Ginecólogas y matronas entrevistadas son conscientes de ello, consideran como los profesionales se encuentran "inmunizados", debido a la cotidianidad que

representan para ellos los encuentros asistenciales, lo cual también justifican con falta de tiempo, uso de protocolos asistenciales. Cualquier comportamiento o actitud es evaluado por las parejas, de modo que los profesionales no son valorados únicamente por su habilidad técnica, sino en gran medida por su “capacidad de reacción humana”.

En los relatos también aparecen situaciones que para las parejas integran lo que supone una “atención humanizada”, donde se integran las necesidades particulares y los aspectos biopsicoculturales de las personas, se transmite la información, se permite participar y se les respeta; cumpliendo con el objetivo que diferentes iniciativas nacionales e internacionales persiguen al contemplar tanto la eficacia y seguridad como la calidad asistencial, entendida desde la satisfacción de la mujer/pareja. Matronas y ginecólogas consideran que integrar el bienestar físico y psicológico permite prestar una atención basada en criterios de humanización, para los cuales destacan la participación masculina, la seguridad materna y fetal, de modo que no se trata de partos intervenidos o no, si no de prestar este tipo de atención en cualquier situación, donde tecnología y humanización no sean mutuamente excluyentes, sino ambos necesarios para prestar una atención adecuada. En este contexto la información se presenta como una de las claves que permite a la pareja participar y les posibilita tomar decisiones, por ello el tratamiento que se le da a la información influye de forma directa en la decisión que toma la pareja, mejorando la comprensión cuando el profesional se muestra accesible, permitiendo un espacio a la reflexión y diálogo, favoreciendo una posición horizontal. Al contrario, mantener una posición distante y autoritaria se acompaña de una “brecha de información” que genera insatisfacción. Pero no todas las parejas desean recibir información, pero aun así participan en la toma de decisiones, al elegir una postura pasiva cediendo todas las responsabilidades. Las mujeres acatan aquello que marcan los protocolos, no los cuestionan y lo elevan a la categoría de norma; como refieren las profesionales entrevistadas la mayoría carece de capacidad crítica respecto a la asistencia recibida, son pocas las que reclaman la participación, aunque cada vez están más informadas. Son las mujeres que se percatan de la atención uniformada las que rechazan el modelo biomédico asistencial y solicitan sean cubiertas sus necesidades.

En resumen y como hemos podido ver en la actualidad coexisten diferentes modelos asistenciales en una misma institución, por un lado existe una búsqueda de mayor participación de la pareja, y en el otro extremo se sitúan los que defienden el modelo paternalista, donde son los expertos en base a sus conocimientos quien toman las decisiones.

En referencia a la participación masculina hemos visto como esta en segundo plano, vinculada a la figura de acompañante, sin contar con los diferentes conflictos a los que se enfrenta el padre a lo largo del proceso. Las profesionales sanitarias con su actitud tiene la capacidad de incluir o excluir a la pareja, confieren importancia a la participación masculina y destacan el cambio percibido respecto a la figura del padre, el paso de la exclusión completa al extremo de “necesidad casi obligatoria” de la presencia continua.

La preparación a la maternidad y paternidad se presenta para las parejas como uno de los principales momentos donde se les permite participar y recibir información, adquirir

autonomía y relacionarse de forma más asimétrica con las matronas. Las mujeres acuden en busca de información, se presenta como un espacio de participación y encuentro entre iguales, donde pueden desarrollar habilidades para superar las incertidumbres. En esta actividad la matrona tiene un importante papel para promover la incorporación masculina en el proceso, pero nos encontramos con una escasa participación masculina, y los pocos asistentes se sienten excluidos al referir que los contenidos se dirigen en exclusiva hacia la mujer, considerándoles a ellos “observadores pasivos”, ellos también presentan necesidades de información las cuales hasta ahora no han sido cubiertas.

Aunque no todos desean participar, algunos lo siguen considerando una actividad exclusivamente femenina, opinión compartida por alguna de las mujeres que mantienen como argumento la biología del proceso de nacimiento y el cuerpo femenino para reforzar la concepción de la crianza como ámbito de responsabilidad femenina. Por ello destacamos la situación particular en la cual se invita a la figura masculina a participar con el fin de involucrarlo y en contraposición los contenidos de las sesiones no les contemplan, los cuales afirman estar estereotipados y despersonalizados también para las gestantes, a lo que se le debe sumar el escaso apoyo social que reciben, lo cual da lugar a que se planteen la necesidad de crear grupos masculinos que les permitan sentirse participes. Aun con todo lo mencionado, aquellos que acuden refieren sentirse más comprensivos y empatizar con su pareja.

Las matronas refieren como causa de la escasa participación los problemas en el mundo laboral para ausentarse, así como consecuencia del modelo tradicional de diferenciación entre lo masculino y femenino, y por ello exclusión del futuro padre. Las mujeres destacan la disposición por parte de las matronas durante esta actividad, lo cual influye en que predominan las percepciones positivas.

**CAPÍTULO III: ANÁLISIS CUALITATIVO  
DEL ESTUDIO DEL PARTO, PUERPERIO Y  
SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO/A.**

## 1. PARTO

### 1.1. EL PARTO DESEADO: “PLAN DE PARTO”

Tanto las mujeres como los hombres que han sido entrevistadas/os en sus narraciones refieren que en algún momento durante el embarazo, sobre todo en caso de la mujer gestante, reflexionan sobre cómo será su parto, el papel que van a desempeñar en el mismo y cuáles son sus preferencias asistenciales; desde los conocimientos que tiene relacionados con el proceso de parto, los cuales han ido adquiriendo a lo largo del embarazo, en función de la información que han recibido durante la asistencia obstétrica prenatal (consultas de la matrona/ón, consultas con las/os ginecólogos/as, Preparación a la maternidad y paternidad) y también los relatos, experiencias de su red y entorno sociocultural les hace formarse una idea o preconcepción de como desean sea el nacimiento de su hijo/a. Todas las mujeres entrevistadas en algún momento han recapacitado sobre ello y las diferentes posibilidades que puedan darse, desde aquellas que están muy sensibilizadas respecto al parto y buscan información por diferentes cauces, hasta aquellas mujeres que no lo hacen, saben cómo desearían que fuera su parto y como les gustaría fuese la atención que se les presta. La pérdida de protagonismo y control de la mujer durante el parto coincide con el paso hacia la atención hospitalaria del proceso de nacimiento, donde existe una mayor intervención sanitaria e invisibilidad de la mujer, lo cual se puede contrarrestar con el empoderamiento de la mujer, permitiéndoles vivir el proceso como protagonistas, donde estén bien informadas y puedan decidir; favoreciendo una relación igualitaria *“donde las decisiones sobre las prácticas sean: compartidas, consensuadas y asumidas de forma corresponsable”*, posibilitando las expectativas de la mujer, siendo los/las profesionales de la salud los informadores clave<sup>715</sup>. Por ello, *“en todos los casos es muy importante conocer las expectativas de la mujer sobre el desarrollo de su parto y el nacimiento del bebé”*<sup>716</sup>.

Al hablar sobre las diferentes perspectivas individuales de cada pareja en relación con el parto podemos diferenciar un grupo que quiere ejercer parte activa durante el proceso de parto, desea conocer toda la información relativa a las diferentes alternativas posibles (tipos de parto, técnicas de alivio de dolor, posibilidad de movimiento durante el parto...), y en función de ello ejercer de forma autónoma y decidir las diferentes opciones basadas en la evidencia científica. Otro grupo se corresponde con aquellas mujeres/parejas que confían en las decisiones de las personas que les prestan atención y por ello no cuestionan la asistencia a

---

<sup>715</sup> Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Op.cit.p.33-4.

<sup>716</sup> Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Op.cit.2010.p.275.

recibir. Como refiere Arnau<sup>717</sup>: “(...) existen mujeres que se presentan como sujetos pasivos, atrapada en sus propios esquemas cognitivos, confiando plenamente en la actitud del equipo obstétrico y exponiendo su cuerpo al servicio de ellos/as (...)”, y en contrapartida, aquellas mujeres ampliamente informadas respecto a sus derechos asistenciales, que desean participar y hacer uso de los mismos.

Nos encontramos con una situación particular que llama la atención y es que las entrevistadas nos han relatado que a pesar de conocer su derecho a redactar y entregar un Plan de parto, herramienta útil para facilitar la comunicación con los profesionales sanitarios<sup>718</sup>, que recoja sus preferencias asistenciales, ninguna de las mujeres que han participado en el estudio lo presenta en el hospital donde tiene lugar el nacimiento, aquellas que lo redactan no lo presentan y el resto ni tan si quiera lo hace. Pero ¿qué es lo que lleva a las mujeres a esta situación? Por un lado están las parejas que son informadas de la existencia del Plan de parto fuera de los circuitos que están integrados en el control de la gestación de la Seguridad Social; por otro lado, se encuentran las mujeres que son informadas por su matrona de Atención Primaria de la existencia de esta posibilidad, y sin embargo, no lo entregan puesto que refieren que la misma persona que les habla de ello también les muestra la posibilidad de que no sea bien recibido por parte de las personas que le atenderá durante el parto.

*“Si, la verdad es que si lo hice por mi cuenta, sí, eso se lo pregunté a la ginecóloga, no de, pero en ningún momento es verdad que no te dicen “¿tienes hecho Plan de parto?” No tenía, yo en un foro que tenemos, yo iba a clases de yoga para embarazadas y entonces, tenemos un grupo, lo típico de WhatsApp, y ese ha sido realmente mi grupo un poco de apoyo, de desahogo, y ahí lo planteo: “¿creéis que sirve de algo?”, y una chica solo me dijo en Zamora no lo piden por escrito, si tú lo hablas con el ginecólogo y tal, y era lo que nos decía la matrona también, que en esta comunidad no hacía falta por escrito, pero lo hablabas con el ginecólogo, y bueno la verdad aunque en eso resolvía todas las dudas que tenía, no me preguntó como tal, “¿tienes plan de parto y tal?”, ningún personal del hospital”. (Marina)*

Tras redactar su Plan de Parto Marina decide no entregarlo, aunque refiere que lo comenta en una de las visitas con la ginecóloga, cumplimentarlo le ayuda a conocer las diferentes alternativas durante el proceso del parto, el día del parto no lo entrega, pero si expresa a las diferentes profesionales que le asisten sus preferencias asistenciales, las cuales fueron respetadas. Esta misma situación se repite en el caso de Verónica, quien conoce la existencia del Plan de Parto en las clases de Preparación a la maternidad/paternidad, no lo cumplimenta, pero refiere que el día del parto le transmite ala matrona que le atiende cuáles son sus

---

<sup>717</sup> Arnau J. Op.cit.2012.p.339.

<sup>718</sup> El plan de parto es “un documento en que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y nacimiento.” “Un plan de parto no tiene como objetivo planificar el desarrollo del parto y del nacimiento. Si surgen intervenciones imprevisibles el profesional sanitario aconsejara la intervención más oportuna, y la realizará tras informar correctamente y pedir el consentimiento”. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Plan de Parto y Nacimiento.2010; p.3-4.



preferencias asistenciales, que refiere son respetadas, lo que le lleva a afirmar *“mi sensación del parto es muy buena”*. (Verónica)

*“Eh, al final no lo hice, porque la matrona que me dio las clases de parto me aconsejó verbalizarlo.”*

*-Investigadora: ¿que no lo llevaras por escrito?*

*Si es como no sé, ella, para ella era como que, no sé, como que iban a interpretar el servicio médico que como que yo les quería exponer una rutina en el parto, entonces me dijo: “no, vosotros verbalizar lo que queréis y lo que pretendéis, pero no lo llevéis escrito”.* (Verónica)

También se da el caso de las mujeres entrevistadas que si conocen lo que es un Plan de Parto, pero refieren que no ven la necesidad de implementarlo puesto que confían en las personas que les asisten, no quieren intervenir en la atención que le prestan, no desean participar de la misma, se dejan en manos de los profesionales, pero aunque refieren esto y no llevan sus preferencias por escrito si las demandan de forma verbal a las personas que les asisten. Esta situación ha sido descrita como enculturación del itinerario asistencial con la consiguiente sumisión<sup>719</sup>.

*“Eh, si, si, si lo conocía pero iba tan convencida de que la ginecóloga o ginecólogo que me tocase hablando con él, sabía iba a respetar todo lo que yo dijera, que no lo hice, y así fue. Todo lo que quise, pues ahora me apetece esto, ahora tal, y sin problema.”* (Judit)

*“No, no lo hice, dije porque como no me lo había planteado cuando llegue que sea como...(silencio reflexivo), toda, la gente majísima, o sea, todo además coincidió que era todo chicas jóvenes, verdad, que en el parto eran todo chicas jóvenes y todas, la gente muy maja.”*(Isabel)

Elisa comparte el discurso de Judit, ella es médico de familia, y llevar por escrito cuáles son sus preferencias durante el parto lo interpreta como una intromisión por su parte:

*“(…) lo dejé todo en manos, o sea tenía confianza, no sé, no quería interferir en o que las decisiones de los compañeros ni nada, no, me parecía bien.”*

*-Investigadora: ¿Pero no quisiste hacerlo porque te parecía que hacer un Plan de parto interfería en lo que las personas que te fueran a atender fueran a hacer? ¿fue por eso?*

*Si, si porque, porque preferí confiar en cómo se hacen normalmente las cosas, tenía además confianza en que todo iba a ir bien, y si había algún problema yo no quería decidir quiero, prefiero esto, prefiero lo otro, tengo la sensación de que le iban a hacer bien y que si yo tomaba alguna decisión para cambiar eso a lo mejor podía tener*

---

<sup>719</sup> Arnau J. op.cit.2012.p.320.

*problemas y no sé, no, yo como sanitario no quise poner trabas a otro sanitario, ni a la matrona ni a nadie, sabes.” (Elisa)*

En función de los conocimientos que han recopilado a lo largo del embarazo la mujer se plantea como desea que sea su parto, pero no solo depende de lo que ellas conocen, sino también se encuentran influenciadas por las experiencias de su entorno y por la información que reciben de los profesionales sanitarios, que algunas mujeres complementan al margen de lo que podemos denominar circuitos asistenciales clásicos, y en este punto toman importancia y fuerza los encuentros con otras mujeres que están en una situación similar.

Las matronas y ginecólogas nos hablan de su punto de vista respecto a la posibilidad de elaborar un Plan de Parto, una parte de las profesionales sanitarias dice que la necesidad de usar esta herramienta surge como consecuencia de una relación deficiente entre la mujer/pareja y las personas que le brindan asistencia sanitaria, opinan que si se establece una relación de confianza, en la que la información fluye, se permite la participación, en definitiva, existe una buena comunicación, no se llegaría al punto de precisas llevar por escrito un Plan de Parto.

*“(...)yo si les digo lo que hay, les digo que miren la hoja del Ministerio y, y luego ya que cada una actué, de todas formas yo siempre les digo que lo que tienen que hacer es hablar con los profesionales, con papel, sin papel, tu habla y dile lo que, lo que tu sientes, lo que a ti te gustaría, las sensaciones que tienes, pero siempre hay que hablar con el profesional que te va a llevar, no poner esa barrera de, de yo estoy aquí, yo estoy aquí, y entonces tú me dices esto, y yo, yo creo que hay que hablar.”(Berta)*

*“ Pero es que yo tengo una opinión, y es que yo creo que sí, sí, si se hicieran las cosas, ideal, como lo ideal, lo ideal no existe, no, en nada, pero si yo, yo creo que si desde el principio, desde el principio, primero la educación, después educación sanitaria, después el embarazo y tal, si desde el principio existiera una, uhg, comunicación buena, los Planes de parto no existirían, no tendrían que existir, porque directamente eso ya lo hablas con tu profesional, lo hablas, (...), es decir, información de tú a tú, de, de una persona que ha estudiado x cosas y que tú le puedes informar a esa persona, (..), claro, si hubiera esa comunicación sana, buena entre nosotros no tendría que haber Planes de parto, porque se haría antes o durante el embarazo, hay 9 meses de tiempo para hablar, y si los profesionales también estuviéramos con una actitud flexible, abierta y la educación sanitaria que se le diera a las pacientes fuera una educación segura y de confianza y buena y tal, pues no tendrían que imponer unas normas de “no quiero que me hagan episiotomía, no quiero que me utilicen...””, se sienten, ellas se sienten, eh, tan agredidas que tiene que hacer eso, entonces eso es un, es un, un muro, no un puente.” (Carmen)*

Otra de las ideas que es tratada al hablar sobre este tema surge en los profesionales al referir malestar respecto a que en ocasiones sienten que los que se trata en el Plan de Parto parecen órdenes respecto a cómo deben ejercer su trabajo. Este punto de rechazo es clave, y en parte

se podría explicar al tener presente el cambio de la relación asistencial hacia un claro carácter horizontal, donde no se puede llevar a cabo actuaciones si antes no están consensuadas con la pareja y justificadas científicamente, bajo criterios de seguridad, ya que si aparecen riesgos asociados que impliquen al feto o la madre siempre primara el bienestar de ambos por encima de las preferencias asistenciales. La anterior premisa extraída del análisis de datos de las entrevistas se encuentra alineada con otros estudios<sup>720</sup> que también destacan como esta herramienta genera incomodidad en los/as profesionales de la salud que asiste el proceso de nacimiento, al sentir que representa una falta de credibilidad y confianza respecto a la asistencia ofrecida.

*“(...) porque yo voy a hacer lo que considere profesionalmente que debo hacerte, entonces tu no me puedes poner ahí: “no me hagas, no me hagas, no me hagas...”; yo no te voy a hacer nada que no sea mejor para ti, (...), entonces no me digas tu que tengo yo que hacer, yo voy a hacer porque soy profesional, lo que sea mejor para ti y para tu hijo, entonces eso de que te impongas: “no me hagas , no me hagas”, “no me cojas una vía”, (...); porque yo quiero que estés bien, entonces, así le voy dando todos los pasos que pone ahí en la esa, se los voy, um, hablando con ella y diciéndole: “Mira hija esto es así, esto es asa, no es capricho, o sea, yo no te voy a hacer nada por capricho o porque yo quiera, yo voy a hacerte lo que creo que es mejor”, (...) entonces, te dicen unas cosas que dices tú: “¡pero por dios es que a veces parece que somos el enemigo, que yo voy a ayudarte que yo no soy el enemigo nunca, que estoy aquí para ayudarte a ti y a tu hijo, y para que tu hijo venga lo mejor, vamos al mundo en, en una atmosfera lo más gratificante posible, pero desde luego no me digas lo que no tengo que hacer!” (Lara)*

*“Es que lo de los Planes de parto esta como un poco mal visto, (risas), a mí personalmente no me gusta que me entreguen un papel y que me digan, ahora si esta de parto y estamos aquí, y pues :“a mí me gustaría que no se me hiciera episiotomía, que tal y que cual...”; yo creo que son cosas que puedes hablar y que se pueden hacer, y que ya digo sobre todo en este hospital que hay un parto bastante respetado, vamos es lo que se hace en general.” (Paula)*

## 1.2. EL MIEDO VINCULADO AL PROCESO DE NACIMIENTO

Vamos a tratar el “miedo” como un elemento que acompaña a las parejas durante el transcurso del proceso de nacimiento, aparece tanto en los relatos femeninos como masculinos, se menciona este sentimiento que de un modo u otro lleva a la pareja a plantearse diferentes situaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, este miedo cuya causa es variada, desde el miedo a la nueva situación y el cambio que conlleva para sus vidas, al nuevo rol que se disponen a asumir, el miedo a perder la independencia de la que gozan, hasta el miedo al propio proceso de nacimiento o a los diferentes procedimientos a los que puede ser

---

<sup>720</sup> Arnau J. Op,cit.2012.p.383.

sometida durante el mismo, el miedo a posibles riesgos para la salud de la madre o de su hijo/a, las posibles complicaciones que puedan aparecer. Todos estos miedos sitúan a las parejas en una posición de vulnerabilidad, donde el trato que ha recibido la mujer a lo largo de los años durante el nacimiento de sus hijos, y sobre todo desde que se llevan los partos fuera del ámbito de su domicilio al hospital, lo que lleva a las mujeres a perder el protagonismo de su parto, el cual es tomado por profesionales sanitarios, que en un principio son hombres, lleva a la mujer y a la pareja a perder la confianza en su cuerpo, en su capacidad para gestar y parir, y el miedo se cuelga en el proceso para acompañarles.

En este capítulo iremos relatando cuales son los miedos experimentados y expresados por los verdaderos protagonistas del proceso de nacimiento. Para poder hablar sobre el tema se ha clasificado al miedo en dos categorías diferentes, diferenciadas y que están ambas presentes en las experiencias del proceso de nacimiento de las parejas. En primer término, vamos a referirnos al miedo que sienten las parejas en el momento en el cual se plantean hacer frente a la nueva situación y los cambios que para ellos supone la nueva maternidad y paternidad. En segundo lugar, se relatan los diferentes miedos expresados por los/as informantes que están directamente relacionados con la asistencia sanitaria durante el proceso de nacimiento, donde entran también como actores los profesionales sanitarios y el sistema sanitario que les acoge.

### **1.2.1. MIEDO A LA NUEVA SITUACIÓN: SER MADRE Y SER PADRE**

Cualquier nueva situación provoca cierta incertidumbre a lo desconocido, y en el caso particular de la maternidad y paternidad, el pasar de ser una persona totalmente independiente a ser responsable de una nueva vida, con el consiguiente cambio la adquisición del nuevo rol de madre y padre provoca nuevos sentimientos en las parejas, entre los cuales aparece el miedo.

Al hablar sobre su próxima maternidad nos encontramos con el relato de Adriana, donde habla del miedo sentido, consecuencia de la inquietud que le surge enfrentarse a esta nueva situación y su capacidad individual para hacerle frente, la idea de no ser capaz de cumplir con su nuevo papel provoca emociones negativas<sup>721</sup>:

*“Hombre, te surgen, te surgen muchísimos miedos, ya no solo del desarrollo del embarazo, que yo bueno tiendo a ser optimista y a pensar que todo va ir bien, pero también de “¡Dios mío a ver cómo voy a poder llevar esto!” (Adriana)*

Pero este “miedo” no es un sentimiento único de las mujeres entrevistadas, puesto que alguno de los entrevistados también se refieren a este sentimiento cuando hablan sobre la nueva situación venidera, el miedo se vincula con la inseguridad que siente ante su capacidad de ser un “buen padre” y refiere que se presenta al acercarse el momento del parto. El nacimiento del primer/a hijo/a implica la conciencia de que la vida va a cambiar, situación que

---

<sup>721</sup>López AB, López MD, Linares M. Op. cit,2015.p.96.

se acompaña de emociones tanto positivas (alegría y felicidad) como negativas (inseguridad) respecto a esa nueva vida que les espera<sup>722</sup>.

*“Eh al principio mucha alegría, los miedos ahora, (risas), pero al principio mucha alegría, y no me lo, no nos lo creíamos. (Se refiere al momento de conocer la noticia del embarazo)*

*-Investigadora: Y miedo ahora, ¿por qué?*

*-Puf...a lo nuevo, a saber si estaré a la altura, a, a... puf... no sé, a ver como reacciono, a ver como no sé, si voy ser capaz de ayudar, de ser buen padre, todo eso.” (Juan)*

El desconocimiento de las parejas que son primerizas, de la nueva etapa, como ya hemos denominado provoca sentimientos de “miedo”, en nuestros informantes, y en el caso de los embarazos que no fueron buscados los entrevistados que se enfrentan a esta situación hablan, como dice Pedro de una primera reacción de temor ante la nueva circunstancia a la que se enfrentan: *“(…)te asustas, porque no te lo esperas claro, y dices: “¡coña, esto que es algo que tienes planeado para dentro de dos, cinco años o los que sea y como que te viene de golpe y se te viene un poco todo encima!”*

Romper con los planes de vida que tiene la pareja, el cambio al que van a ser sometidos, el cual se presenta como una novedad, y que además no tenían pensado, la sensación de incapacidad para hacer frente a la nueva situación y ejercer su nuevo rol, son algunas de las causas de este sentimiento, no tener la situación bajo control, lleva a las parejas a exponer en sus relatos el sentimiento de miedo en relación al acceso a la maternidad y paternidad no esperada por la pareja en su futuro próximo:

*“Um, sí, bastante miedo, preocupación porque no me lo esperaba, entonces pues no me cayó muy bien, (risas) (Habla sobre el momento en el que conoce que está embarazada)*

*-Investigadora: Miedo, y, ¿a que tenías miedo?*

*A todo, al cambio, a que no me veía preparada, bueno y no me veo, (risas), y bueno más que nada en eso, al cambio, y no saber si yo sería capaz, y pues no era algo que yo que me esperaba en este momento, no estaba dentro de mis planes.” (Lucía)*

El apoyo psicológico durante el proceso de nacimiento, dado la amalgama de sentimientos que van a experimentar la pareja que próximamente va a ser madre y padre, donde destaca el “miedo”: *“(…) la parte esa del miedo pues que todos tenemos, de cómo será y todas esas cosas” (Sofía)*, es uno de los aspectos más importantes y menos valorados durante la asistencia prestada al proceso de nacimiento. Las estructuras familiares nucleares actuales, el ritmo de vida, el descenso de la natalidad, la incorporación femenina al mundo laboral..., hace que las parejas lleguen a la maternidad y paternidad sin haber tenido o teniendo un escaso contacto el

---

<sup>722</sup>Ledenfors A, Berterö C. Op.cit.2016.p.28.

cuidado que precisan los bebés, circunstancia que les sitúa en una posición de incertidumbre, desconocimiento y miedo ante la nueva realidad que deberán afrontar, sin una importante red de apoyo a la que acudir.

### 1.2.2. MIEDO AL PROPIO PROCESO DE NACIMIENTO

En este apartado vamos a situar los “miedos” que tienen las parejas derivados del propio proceso de nacimiento, del embarazo, del parto y del puerperio, y de la asistencia sanitaria que van a recibir por parte de los profesionales sanitarios. Este miedo al proceso de nacimiento deriva de una visión tecnocrática y reduccionista del mismo, consecuencia del traslado de la asistencia a los centros hospitalarios, como refiere la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal<sup>723</sup> con *“el deseo de que el parto culmine con el nacimiento de una criatura sana, sin menoscabo de la salud materna, ha propiciado la institucionalización de los partos”*, donde se pasa a atender el parto de forma medicalizada, sin discernir entre aquellos partos que realmente precisan algún tipo de intervención de los que no, aplicando diferentes procedimientos cuyo beneficio no es demostrado con evidencia científica de forma sistemática, en esta situación la mujer pierde la capacidad de ser consciente de su cuerpo, su embarazo y su estado de salud, pasando el control del mismo de forma íntegra a los profesionales sanitarios, siendo apartadas de su entorno y familia, a lo que se le suma la entrada masculina en la asistencia al parto mediante el ejercicio de la obstetricia que dejando a la figura de la matrona apartada a pesar de que durante el transcurso de la historia han sido las encargadas de acompañar a las mujeres y sus familiares en este trance. Esta situación deja a las mujeres y sus familias en una posición de subordinación hacia el poder de la medicina y los profesionales sanitarios que les asisten con el consiguiente desconocimiento sobre su propio cuerpo. Por todo ello, el modelo biomédico ha sido y aún sigue estando cuestionado, junto con el pensamiento médico hegemónico y el aumento de la demanda de participación de las parejas, pero aunque nos encontramos con esta situación como refiere Arnau: *“(…) el halo del riesgo sigue estando muy insertado en la cultura occidental”*<sup>724</sup>, y así lo describen, tanto las parejas como las profesionales que han participado en el estudio.

En el momento en el cual los partos son hospitalarios las mujeres ya no tienen acceso a conocer cómo transcurre el proceso de nacimiento de otras mujeres, da lugar a inseguridad y desconexión de las redes de apoyo<sup>725</sup>, a lo que se le suma la percepción de riesgo y necesidad de atención medicalizada del parto, esta asociación se encuentra estrechamente vinculada al proceso de nacimiento, interpretación también es mantenida por sanitarias, como refiere Macarena: *“Hombre, eh, eso de que es fisiológico, (risas), yo no lo veo tan, tan, fisiológico sabes, que sí que entraña muchos riesgos en general, o sea, de, antes decían “te preparas para parir, te preparas para morir”, sabes, decían las abuelas y tenían toda a razón, o sea, hombre es verdad que está todo muy controlado y que eso, la patología, y la morbilidad ahora mismos del embarazo y del parto es baja porque está controlado, pero tan fisiológico como nos lo han*

<sup>723</sup> Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, Ministerio de Sanidad y Política Social, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1ª Edición. 2010. p.35.

<sup>724</sup> Arnau J. Op.cit. 2012. p.310.

<sup>725</sup> Fernández del Castillo I. Op. cit. 2014. p.350.

*pintado siempre, yo creo que no es, es un cambio brutal a todos los niveles, o sea, cambian todos los aparatos del cuerpo, tienes posibilidades de hemorragias, de infecciones de coagulopatías, nada, es un estado en el que bueno te la estás jugando por un hijo desde, desde el minuto uno, eh.*” Como nos muestra el discurso de esta ginecóloga este planteamiento hace que las mujeres perciban que se encuentra en una posición de riesgo constante para ella y el feto, y genera “miedo” a las posibles complicaciones que puedan aparecer durante el proceso, pero esta percepción no es única de las mujeres, puesto que los profesionales sanitarios que trabajan bajo el modelo de asistencia medicalizado mantiene como justificación de este tipo de asistencia precisamente el posible riesgo para continuar con diferentes intervenciones aplicadas de forma sistemática a todas las mujeres a pesar de que no se han justificado con evidencia científica o se desaconsejan desde la OMS. Toda esta interpretación se aleja de la idea de que con atención y apoyo adecuados la mayoría de mujeres sanas precisan un mínimo de intervenciones sin poner en riesgo la seguridad para finalizar el proceso con éxito<sup>726</sup>. En este contexto el hospital representa el entorno seguro, les ofrece confianza al reducir la posibilidad de correr riesgos<sup>727</sup>, lo cual nos lleva como refiere Arnau a que la endoculturación respecto al uso de la tecnología y la demanda de control se encuentre íntimamente ligado a la forma de pensar el proceso de nacimiento<sup>728</sup>.

El parto está socioculturalmente asociado a las posibles complicaciones que pueden surgir, a pesar de que lo más normal es que no aparezcan, las mujeres y los hombres que han participado en nuestro estudio las tienen presentes cuando hablan de su experiencia, y aluden a ellas como la causa de sus temores relacionados con el parto. Al igual que sucede en el estudio realizado por Ana Belén López et al.<sup>729</sup> los/ las profesionales de la salud se convierten en una ayuda al ser fuente de información durante el proceso asistencial, siendo quienes dan las explicaciones oportunas respecto al transcurso del mismo en función de su experiencia. Las parejas informantes hablan sobre el miedo a las complicaciones que puedan suceder durante el proceso del embarazo, el parto o en el puerperio, pero también tienen miedo a las diferentes intervenciones sanitarias a las que puedan ser sometidas, la posibilidad de recibir alguna técnica que no precisan o no justificada con evidencia científica consecuencia de una atención medicalizada y tecnocrática del proceso fisiológico, a lo que se le sumo el temor a que no se respeten sus preferencias durante la asistencia sanitaria.

*“(…) y luego también tengo miedo a no hacerlo bien, eh en el expulsivo tengo miedo a no empujar como tengo que empujar y que el niño sufra, eh um, tengo miedo a no hacerlo bien y que al niño le pueda pasar algo.” (Pilar)*

*“Mi temor es que algo falle para mí o para mi niño y que se complique, que luego intentas tranquilizarte, “¡a ver qué vas a dar a luz en un hospital, que no es como antes que se daba a luz en casa o en los pueblos!” y, pero aun así tienes ese temor.”(Sara)*

<sup>726</sup> Fernández del Castillo I. Op.cit.2014.p.80.

<sup>727</sup> Arnau J. Op.cit.2012.313.

<sup>728</sup> Arnau J. Op.cit.2012.320.

<sup>729</sup> López AB, López MD, Linares M, Emotional state of primigravid women with pregnancy susceptible to prolongation, Invest Educ Enferm. 2015; 33(1).p.96.

Ambas mujeres hablan del parto tomando como eje central la posibilidad de que aparezcan complicaciones, la falta de confianza en su capacidad para hacer frente al proceso. El parto es un trance complejo que hace que las mujeres se replanteen si están preparadas para atravesarlo.

*“Que no voy a poder con ello, pero luego pienso “jolin si todo el mundo da a luz pues tendré que poder”, pero es como, lo ves como algo que tiene que ser bastante duro y que no sabes hasta qué punto estás preparado a pesar de todo.*

*-Investigadora: ¿y porqué consideras tu que a lo mejor no vas a poder con ello?*

*-No lo sé, no sé, no sé, porque veo que hay que tener mucha fuerza física y mental, ambas cosas para, para llevarlo, no sé, no sé.” (Adriana)*

La inseguridad respecto a la capacidad tanto física como mental para dar a luz mostrada por Adriana cuando habla sobre el parto refleja la visión tecnocrática que se ha dado al proceso de nacimiento como un trance que precisa de las intervenciones sanitarias, reforzando la falta de autonomía de la mujer sobre el proceso del parto, junto a la pérdida de protagonismo. Mantener una idea donde prevalece la posibilidad de complicaciones sobre la confianza en la capacidad de las mujeres para parir y la propia fisiología del parto no solo reproduce la relación de paternalismos asociada al modelo biomédico sino que también imposibilita a la mujer para ejercer de forma autónoma sus capacidades individuales de decisión y afrontamiento del proceso de nacimiento de su hijo/a, reforzando el trato asistencial hegemónico, no humanizado y generalizado del proceso. La información tanto del circuito asistencial, como de las fuentes externas a ella, junto con actividades como la Preparación a la maternidad y paternidad son algunas de las estrategias utilizadas por los informantes para enfrentarse a los temores que les suscita el proceso de nacimiento, para empoderarse, ganar autonomía y participar como un sujeto activo del nacimiento de su hija/o.

*“-Investigadora: y a lo mejor que es lo que te ha podido hacer cambiar desde el principio que no querías un parto, ahora que ya empiezas a pensar oye pues ahora quiero un parto, ¿qué es lo que te ha hecho cambiar así?*

*Pues quizás que hable más del tema porque este más metida en el tema de los embarazos, quizás le he contado ese miedo a la matrona y me ha dicho: “¡vamos a ver!”, he profundizado más en el tema, antes era un comentario, de igual que dices ahora “si me toca la lotería...”, ya pero igual el día que te toque no te lo gastas en irte de viaje, igual haces otra cosa. Yo creo que es por eso, que lo he pensado más, es que ahora ya es verdad estoy embarazada y tengo que parir, o sea, ahora ya es verdad.” (Pilar)*

En una sociedad como la nuestra donde se controla muchos de los aspectos de nuestra vida o por lo menos se intenta controlar, donde todo está muy tecnificado y la inmediatez es un valor en alza, preponderante, enfrentarse al inicio del parto, el cual no se conoce cuál será con exactitud sino con probabilidad, siempre y cuando no se intervenga y se deje que siga su



camino, puede provocar como refiere Marisa miedo por la incertidumbre que les provoca no controlarlo: *“Yo a mí, o sea, yo a mí me da mucho miedo porque es una cosa que no puedo controlar, a mí me gusta tener más o menos pues tener mi vida organizada, todo planeado y controlado, y esto que no lo puedo controlar me asusta bastante.”* A 10 (10) La gestación y el parto no cumplen con estos criterios ya que si se deja evolucionar de forma natural no se pueden dominar, el embarazo transcurre durante meses, por ello se denomina estado de buena “esperanza”, y el inicio del parto no lo puede decidir la mujer sin recurrir a la medicación.

El momento del parto se presenta como un evento al cual las mujeres temen, en el relato de Elisa se muestra este sentimiento, que refiere mitigar al pensar que contará con la asistencia de profesionales sanitarios, situación que le reduce este miedo. Este tipo de percepción se repite en otros relatos donde la falta de confianza en su propia capacidad de parir, las mujeres la compensan con la confianza o la cesión del poder sobre su cuerpo a los profesionales sanitarios, lo cual responde al modelo de asistencia al parto medicalizado, donde la mujer también percibe que el parto precisa de intervención para ser exitoso, en caso de embarazos sin complicaciones. En este sentido coincidimos con Arnau<sup>730</sup> cuando afirma que las mujeres con el fin de mitigar sus temores se dejan en manos de los avances tecnológicos con la consiguiente medicalización que le acompaña y no se cuestionan el tratamiento instaurado.

*“(…) Tienes muchísimo miedo del momento del parto, yo por lo menos como me lo imaginaba era todo feliz, pero me imaginaba el parto y me daba mucho miedo, y, y no sé, siento que lo dejaba todo en sus manos (se refiere a su ginecóloga de referencia) y me quitaba un peso de encima, pensaba que si algo tenía que ir mal iba a ir mal, pero que si algo podía, se podía arreglar ella lo podía hacer”.*(Elisa)

El miedo al parto está presente en el imaginario social relacionado con el proceso de nacimiento, Elisa después de exponer como se sentía al pensar en el momento del parto nos relata el nacimiento de su hijo y los sentimientos que tiene al recordarlo, el cual tiene lugar en un hospital, un parto vaginal con anestesia epidural y asistido por una matrona: *“Pues me acuerdo de, me acuerdo de la, de que eso de saber que estaba de parto, de lo emocionante que fue eso, y de saber que ya lo iba a conocer, y me acuerdo del momento en el que, en el que por fin me lo pusieron encima, porque fue vaginal, y me lo pusieron encima, y me acuerdo de ese momento como el más feliz de mi vida, y me viene una sensación de menos miedo del que yo sentía cuando, como que no ha sido, que ha sido una cosa grande pero no ha sido para tanto.”*

Por ello consideramos que el desconocimiento del proceso de nacimiento, la falta de información junto con el miedo al dolor puede llevar a que las mujeres desconfíen en su capacidad para el proceso de nacimiento, el contacto con los profesionales sanitarios se convierte en un elemento clave para posibilitar que la mujer y la pareja sean informados sobre el proceso de nacimiento y tengan la capacidad de decidir con criterio fundado en evidencia científica, por ello la aptitud que estos muestren repercute de forma directa en la percepción

---

<sup>730</sup> Arnau J. Op.cit.2012.315.

de las parejas sobre el proceso de nacimiento, por la importancia que conlleva lo anterior la relación de los profesionales con las parejas que afrontan por primera vez su maternidad y paternidad se va a tratar en otro apartado. Tanto matronas como ginecólogas describen como las parejas tienen integrado en mayor o menor grado el “factor riesgo”, situación que les lleva a demandar más asistencia sanitaria, a pesar de carecer de una justificación, para mitigar la preocupación que sienten.

*“(...) como un riesgo, claro, ellas y sus parejas, y su familia, y sus padres, y los padres de la parturienta o de la embarazada, eh, se ha convertido en una situación de riesgo, exacto, o sea se ha inventado, se ha creado eh que un embarazo es algo, es una, es un momento de riesgo para una persona, en cierta manera, se ha interiorizado eso.”*  
(Carmen)

Las probabilidades de tener un proceso de nacimiento con complicaciones son menores que el caso de finalizar con éxito, la OMS establece que del 10 al 15 % de partos son los que requieren intervención, para quienes los recursos médicos suponen una gran ayuda<sup>731</sup>, pero a pesar de ello prima la visión medicalizada sobre la fisiológica y la confianza en el cuerpo de las mujeres y su capacidad para afrontar los diferentes cambios. Por ello las mujeres durante el embarazo sienten cierto temor o miedo a las posibles complicaciones que puedan surgir: *“(...)miedo, el miedo que tengo es a que no salga bien, o sea que haya alguna complicación, es el miedo que tengo.”*(Nuria), nos muestran con sus relatos Sara y Nuria la sombra de las posibles complicaciones, la falta de confianza en su propio cuerpo, la necesidad de asistencia sanitaria para afrontar el proceso le acompaña durante el embarazo, de forma que prima un panorama donde se percibe el proceso de nacimiento, tanto el embarazo, como en el parto y el puerperio, se convierten en procesos que precisan asistencia, sin la cual se complicarían, dejando de lado el aspecto fisiológico de todo el proceso, perdiendo así parte de la autonomía y protagonismo de la pareja. Este discurso se ha transmitido a lo largo de los años y en la actualidad parte de las mujeres y profesionales aún lo tiene interiorizado, justificando la asistencia tecnificada y medicalizada por el riesgo del proceso, situación que ha llevado a cuestionar este tipo de asistencia y las diferentes prácticas que se aplicaron de forma sistemática a las mujeres, a sus bebés y que repercuten a toda la familia.

La posibilidad de ser sometida a diferentes procedimientos obstétricos (episiotomía, parto instrumentado, uso generalizado de oxitocina sintética...) se presenta en las mujeres entrevistadas como otra de las causas que les produce “miedo” al pensar en el parto. No vamos a tratar sobre la idoneidad o no de las diferentes técnicas obstétricas y la evidencia científica que existe al respecto puesto que no es objetivo de la investigación, pero sí vamos a hablar sobre las percepciones de las parejas en referencia a estas técnicas. Entre las mujeres informantes que hablan sobre los procedimientos obstétricos nos encontramos con un grupo de mujeres que desean tener un parto natural de baja intervención donde se respeten sus prioridades y para el cual se han informado y preparado, por ello hablan de los diferentes procedimientos obstétricos.

---

<sup>731</sup> Fernández del Castillo I.Op.cit.2014.p.240.

*"(...) pues me gustaría que todo fuera bien claro, y poder parir tranquilamente en la intimidad, eh, porque esto es de las cosas que yo creo que mis miedos son más del sistema social, o sea, de la atención.*

*-Investigadora: ¿de lo que te vas a encontrar?*

*Efectivamente, que del propio proceso del parto. Porque claro oyes también muchas cosas, y luego la gente habla de si tal..., uno de los primeros puntos que en la Preparación al parto no se trata bien son las debilidades del propio sistema. Yo el otro día le hice una pregunta a la matrona, no directamente, pero si dando a entender que... eh había muchos profesionales que decían "venga oxitocina, venga epidural, venga eh... el cortecito, la episiotomía, venga todo de libro, de rigor..." y a mí eso me parece muy fuerte, (...) y digo: "¿y te dice la enfermera oye te pongo el suerecito o te pongo el suerecito con oxitocina para que vayas funcionando porque se me acaba el turno y...?" No sé si me explico, y entonces ella dice, no se lo dije así, claro quise ser fui sutil y educada, dice: "No, bueno, preguntáis". Pero es que yo no estoy para preguntar en esos momentos, estoy dando a luz, no estoy para preguntar en esos momentos. Entonces que me hagan cosas que no quiero, que me administren sustancias que no quiero, que no me expliquen porque me las administran, (...), um eso por ejemplo no reconocer esa, esa debilidad del sistema es lo que a mí me produce miedo." (Verónica)*

Como nos muestra en su relato Verónica hay mujeres que desean estar informadas respecto a todos los procedimientos que se pueden aplicar durante el parto, quieren participar en la toma de decisiones, recibir información comprensible en cada momento, ser protagonistas del proceso, por lo tanto se trata de miedo a perder el control de su parto, limitando su participación, no se niega a que se le realice ningún procedimiento, pero si solicita sea informada de todas las posibilidades y se justifiquen las decisiones tomadas, basándose en lo que la evidencia científica, esto no se limita al parto, sino que se extiende a los cuidados del puerperio y del bebé. Esta posición es contraria a la mantenida en un Sistema Sanitario basado en el modelo patriarcal entre mujer y profesional sanitario. Aunque desde hace años diferentes iniciativas desde las instituciones públicas abogan por la participación activa de la pareja en el proceso de nacimiento, otorgándoles el papel protagonista, como ya se han nombrado con anterioridad, instando a los profesionales sanitarios a que cumplan con las recomendaciones internacionales de la OMS en materia de salud sexual y reproductiva, proceso de nacimiento y cuidados del recién nacido/a, nos encontramos con que las disparidad de criterios está presente dentro de la atención al parto donde variando no solo ya en cada comunidad autónoma, sino también dependiendo de cada hospital, incluso de cada profesional se adoptan diferentes aptitudes, lo que conlleva a que las mujeres como Verónica manifiesten el temor a los diferentes procedimientos obstétricos o la incertidumbre hacia el respeto de sus decisiones de pareja.

Durante el parto Isabel refiere sentir este miedo a los diferentes procedimientos obstétricos, le han puesto la epidural pero pasado un tiempo vuelve a sentir dolor, lo cual le hace plantearse su situación: *"(...) porque a mí ya esa epidural no me hacía efecto ya, porque ya eran*

*ganas de empujar, o sea ya eran contracciones para empujar, bueno a mí me daba mucho muchísimo miedo porque digo "bueno esto no acaba de dilatar, me van a llevar a empujar, me van a, me voy a rasgar, me van a cortar y luego no va a poder salir, y me voy a llevar, yo pensaba ya, y voy a estar cortada por todos los lados, y yo "cesárea por favor, cesárea".(Isabel)*

Cada mujer, cada hombre hace frente al miedo de diverso modo, desde combatir los temores con búsqueda de información, participación en la toma de decisiones, control sobre el propio proceso del parto y ejercicio de un papel activo, hasta aquellas mujeres que se refugian en los conocimientos y decisiones de los profesionales asistenciales para afrontar sus temores. Las gestantes desarrollan diferentes estrategias para hacer frente al miedo, que van desde la evitación, intentan no pensar en el momento del parto, lo cual a medida que se acerca su fecha probable de parto es más complicado, además de que esta actitud de evitación mantiene a la mujer y su pareja en una posición de subordinación ya que delega toda responsabilidad en los profesionales, pero también nos encontramos con que otras parejas le hacen frente informándose sobre el proceso, conociendo las diferentes opciones y participando en la toma de decisiones.

Los informantes masculinos también relatan sus miedos relacionado con el proceso de nacimiento, donde se repiten las razones manifestadas ya por sus parejas: las complicaciones potenciales, los posibles problemas. *"Miedos, bueno, pues miedos porque es un proceso que implica a dos personas, principalmente, dos personas, y bueno que forman parte de tu vida, y que tienes cierto temor a que pase algo, o si tienes un poco, estas alerta, más que decir miedo, pues bueno es un trago que pasar."* (Manuel)

No se contempla como uno de los objetivos de la investigación conocer las experiencias concretas de las parejas que han acudido a la reproducción asistida para lograr el embarazo, puesto que por la extensión e implicaciones particulares este tema requeriría de un estudio individual, pero como alguno de los entrevistados logran la gestación tras el uso de estas técnicas y ambos las nombran cuando hablan de sus experiencias durante el proceso de nacimiento, muestran el "miedo" que ellos sienten a lo largo del proceso por la posibilidad de que no se cumpla el objetivo que persiguen "el embarazo": *"(...)Después de 2 años, sabes, cuando llega y te dan la noticia de que ya por fin (habla sobre que su pareja está embarazada), dices: "¡joder, bueno menos mal!" Claro, porque primero tienes miedos de que no valgas o eso."*(Andrés)

Los anteriores relatos nos llegan a plantear "¿Qué o Cuál?" es la imagen que se proyecta en la sociedad contemporánea en relación con el proceso de nacimiento, que es lo que se transmite desde los discursos tanto de los profesionales como de las mujeres y sus parejas que hace que el miedo acompañe a las parejas durante esta etapa vital.

### **1.2.3.EL DOLOR DEL PARTO. ¿MIEDO AL DOLOR?**

Cuando las mujeres hablan sobre qué es lo que esperan de su parto aparece como una constante el "dolor", las perspectivas que tiene las mujeres respecto al dolor y las diferentes opciones para calmarlo o hacerle frente se convierte en uno de los ejes principales que

conforman las narraciones durante la gestación sobre el parto. Como ya hemos descrito el miedo aparece vinculado al parto dentro del imaginario de las mujeres, y así lo demuestran las palabras de sus relatos, donde este sentimiento es expresado en diferentes grados, con diferentes tonos que ponen de manifiesto como el parto se convierte en una prueba de vida para ellas.

El dolor del parto es uno de los temas recurrentes que mencionan las gestantes, y conforma un importante lugar dentro del imaginario de la maternidad, está presente en la Preparación a la maternidad/paternidad, las conversaciones en torno al parto, las revistas y libros dirigidos a la mujer embarazada, es uno de los aspectos que provoca a la mujer mayor incertidumbre y temor, el cual se va incrementado a medida que se acerca la fecha estimada como probable de parto. La percepción del dolor supera los límites de la fisiología e integra el contexto cultural<sup>732</sup>. A pesar de que el proceso de nacimiento es un tema universal, tratado en los diferentes ámbitos que rodean a las parejas, estas se enfrentan al parto con gran vulnerabilidad. La idea de sufrimiento y dolor durante el parto se encuentra íntimamente ligado tanto histórico como culturalmente, lo que da lugar a que se considere *“un componente cultural y determinante, desde el punto de vista emocional y físico”*<sup>733</sup>, donde el dolor forma parte de la imaginaria femenina.

*“Vienen, eh, asustadas, vienen algunas desin... mal informadas o desinformadas, vienen sin saber realmente como es un proceso del parto por ejemplo, tanto ellas como la pareja, eh, um vienen muy, eh entendiendo, o se ha llegado un momento en este trabajo que yo estoy viendo de unos años para acá, que se ha, se percibe el embarazo como si fuera algo, como una enfermedad, como algo, uh que no es normal, que no es natural, entonces, eh, cualquier cambio, cualquier cosa que una mujer note se asusta, lo percibe como que algo no va bien, cualquier dolor que note, o sea a ver si algo está mal, no sé qué, se, yo creo que se ha patologizado bastante lo que es el embarazo y el parto.”* (Carmen)

Coincidimos con Irene Agea<sup>734</sup> cuando dice que como viven las mujeres el parto y las decisiones que toman, están fuertemente influenciadas por las expectativas, creencias y valores de la mujer; lo cual da lugar a que las particularidades individuales que cada mujer presentan influyen en los diversos modos o alternativas que desarrollan para hacer frente a este aspecto implícito en el parto, donde van desde el afrontamiento del dolor sin ningún tipo de fármaco, usado por aquellas mujeres que desean un parto natural no medicalizado hasta aquellas mujeres que no quieren sentir nada de dolor y aluden a la supresión del mismo con técnicas farmacológicas e invasivas como la anestesia epidural como alternativa. Reflexiones similares desarrolla Arnau<sup>735</sup> al confirmar en sus estudios que *“las representaciones y usos que tiene sobre el dolor repercute en la forma en la que la experiencia será vivida”*. El modo de

<sup>732</sup>Velho MB, Santos EKA, Collaço VS. Op.cit. 2014.p.285.

<sup>733</sup>Alemida NAM, Medeiros M, Souza MR. Op.cit.2012.p.820.

<sup>734</sup>Agea I, ¿Cuáles son las creencias y valores de las embarazadas ante la analgesia epidural?, Arch Memoria, 2015; 12 (4).

<sup>735</sup> Arnau. Op.cit.2012.p.462.

entender, sobrellevar y experimentar el dolor surgirá de los recursos disponibles que tenga la mujer para afrontarlo, como puede ser la información, los cursos de Preparación a la maternidad y paternidad, y las vivencias previas.

El miedo al dolor del parto ha sido usado a lo largo de la historia como uno de los pilares que ha perpetuado la medicalización del parto evidenciando la relación entre el poder que ejerce el sistema de atención sanitaria al parto sobre el cuerpo de la mujer<sup>736</sup>, dando lugar a la confrontación entre la mujer que quiere controlar su parto e intenta hacer frente al mismo, y aquella mujer que no quiere ser partícipe del mismo, relega cualquier tipo de responsabilidad en manos de los profesionales que les atiende, cediendo el control total sobre el proceso el parto y su cuerpo. Esta segunda postura ha sido la que a lo largo de mucho tiempo se ha mantenido por parte del modelo asistencial al parto, donde institucionalizar los nacimientos llevaba aparejada la consiguiente pérdida de poder de la mujer sobre su parto, sobre su cuerpo y sobre su hijo/a, poder que es ejercido por quien le presta atención, estas circunstancias llevan a que surjan desde hace años críticas que provienen de diferentes sectores sociales (mujeres y sus parejas, profesionales sanitarios, asociaciones tanto de profesionales como de mujeres) que han llevado a plantear y evaluar la asistencia que se presta en Occidente durante el parto, con este movimiento surge la reinterpretación del protagonismo del parto, donde las mujeres solicitan la posición autónoma, el respeto de sus decisiones, a la vez que reciben atención por los profesionales sanitarios altamente cualificados.

Un ejemplo que ilustra la contradicción que esta situación ha provocado en las mujeres es descrito por Pilar, donde el miedo al dolor le lleva a plantearse intervenciones innecesarias, en las cuales permiten pérdida de autonomía frente al parto, así se plantea el momento del parto y su relación con el dolor:

*“A ver, yo siempre he querido ser madre, (...) y siempre he dicho: “a mí que me hagan una cesárea, yo no quiero parir, a mí que me rajen y ya está, tal”. Luego sí que en mi familia, mi tía ha tenido tres niños, y ha tenido de esos tres, dos cesáreas, y un parto y ella siempre dice: “no por favor, donde este un parto que se quite la..., que es una recuperación malísima, que es una operación, que tal, que no sé qué”, y todo el mundo habla: “que no, no, que es mucho mejor un parto, que tal”, pero sí que tengo miedo a ese momento.*

*-Investigadora: y miedo, pero tienes miedo ¿a qué?*

*Tengo miedo al dolor, yo soy una persona que no es que no aguante el dolor, sí que lo aguanto, pero no quiero sufrir, o sea, no me quiero hacer un tatuaje, no, no me gusta sufrir físicamente; y luego también tengo miedo a no hacerlo bien, eh, en el expulsivo tengo miedo a no empujar como tengo que empujar y que el niño sufra, eh Um, tengo miedo a no hacerlo bien y que al niño le pueda pasar algo.*

---

<sup>736</sup> Alemida NAM, Medeiros M, Souza MR. Op.cit, 2012. p. 826.

*-Investigadora: y tú crees que si te hacen una cesárea...*

*Es más fácil todo, quizás la recuperación no, y luego estaría una semana sin poder ocuparme del niño, y estaría mal, y sí que creo que ahora prefiero un parto y ser valiente y afrontarlo y pa'lante; pero sí que me da miedo, me da miedo el dolor y miedo, que se quede un ratito sin oxígeno por mi culpa, de que no empuje bien y luego tenga algún problema el niño, eso me da miedo.”(Pilar)*

Con sus palabras Pilar expresa con claridad la ambivalencia que siente respecto al momento del parto consecuencia de los significados ambiguos presentes en el contexto sociocultural y el modelo asistencial del parto que han sido retratados y construidos histórico y culturalmente, los límites entre lo normal y anormal, el parto, el dolor y la confianza o falta de la misma entre la capacidad de su cuerpo para afrontar el parto<sup>737</sup>. El dolor adquiere en este contexto un sentido utilitarista, llegando a justificar las diferentes medidas que se les aplican a las mujeres durante el proceso de nacimiento<sup>738</sup>. La evidencia<sup>739</sup> demuestra que como en el relato de nuestra informante “el miedo al dolor” empuja a las mujeres a solicitar un parto quirúrgico electivo sin indicaciones médicas como solución al dolor del parto normal, lo que lleva intrínseco la desconfianza respecto a su potencial para experimentar un parto y enfrentarse al dolor.

Como piensan manejar el dolor las entrevistadas durante el parto y que interpretación dan al mismo son algunos de los temas surgen del análisis de las entrevistas, donde la opción de usar la anestesia epidural se presenta como una de las principales alternativa seleccionadas por las mujeres para hacer frente al dolor, a lo que se une el deseo de un parto corto. Se han extraído las palabras de Marisa por la sencillez y lo directas que son, pero el contenido de las mismas está presente en multitud de los relatos de las mujeres entrevistadas.

*“Yo que me pongan epidural, eso sí, o sea, el dolor es, (...), si, si, si por favor, y que sea lo más rápido posible.”(Marisa)*

Nos encontramos con un discurso que legitima el parto medicalizado interiorizado en el ideario de algunas mujeres, las cuales equiparan el parto con el dolor, y la asistencia al parto con la epidural y la rapidez en el mismo, tienen integrada la idea de necesidad de intervención para que el parto tenga lugar, la necesidad de que el profesional adquiriera el rol activo y la mujer el pasivo, por medio de fármacos se anulan las sensaciones (junto a la movilidad) y se acelera el proceso de nacimiento: “Podemos decir que corto, “que sea corto hija”, (risas), hombre yo la anestesia sí.” (Isabel) Este modo de pensar el parto se repite a lo largo de los relatos, se acompaña de argumentos que potencian el Modelo Médico Hegemónico favoreciendo la pérdida de autonomía de las mujeres sobre su propio cuerpo y cediéndole el poder al profesional sanitario. Las mujeres entrevistadas que mantienen estos discursos también refieren que intentan no pensar mucho en el momento del parto, no quieren

---

<sup>737</sup> Alemida NAM, Medeiros M, Souza MR. Op.cit, 2012. p.824.

<sup>738</sup> Arnau J. Op.cit. 2012. p.318.

<sup>739</sup> Alemida NAM, Medeiros M, Souza MR. Op.cit, 2012. p.820.

enfrentarse al miedo que les suscita y la manera de afrontar la situación es evitarlo, en vez de buscar alternativas, se potencia una relación paternalista con las personas que les prestan atención donde la mujer es infantilizada, como no lo es en otros procesos que requieren de cuidados sanitarios, y no toma partido en lo referente a las decisiones asistenciales. Como se puede observar existe una gran ambigüedad respecto a la ideología del cuerpo femenino que ha sido transmitida mediante la cultura y la sociedad, por un lado se representa a la mujer con su capacidad fisiológica para dar a luz pero a la vez se enfatiza la fragilidad vinculada al proceso de nacimiento considerando los límites entre la normalidad y los riesgos que se pueden presentar<sup>740</sup>.

*“No, es lo que te digo, no nos hemos planteado nada, yo solamente me he planteado como va, como va a empezar todo, o sea vamos a estar durmiendo y voy a decirle “oyes que ya eh”, o voy a estar, yo que sé, dando un paseo y ay que ya, eso es lo único que nos hemos planteado, nada más, luego lo que pase; además ayer lo estábamos hablando, que, que le dije, pues eso le dije, yo soy luego muy cagueta cuando entro en el hospital, pero bueno en ese momento me tendré que dejar llevar, y según vaya, no nos hemos planteado va a ser muy duro, va, no” (Isabel)*

*“-Investigadora: (...) tú ya has pensado como quieres que sea tu, parto, verdad, y ¿cómo es?”*

*Muy rápido, (risas), no, pues con epidural y tampoco mucho más, (...) y si me ponen dos mejor, y si me ponen tres mejor, risas, o sea, quiero sufrir o menos posible.” (Pilar)*

Frente a la anterior posición entre las entrevistadas también encontramos algún relato, como Verónica que habla de la posibilidad de afrontar el dolor del parto sin hacer uso de la farmacología, aunque no cierran la puerta a esta opción, en función de cómo se encuentren en el momento:

*“(Risas) Aguantar, básicamente, aguantar, no quiero, no quiero, la epidural, ya se lo he dicho a Manuel, pero eso no quiere decir que yo en ese momento diga: “¡ay, ponérmela por dios!”, yo la voy a llevar firmada, porque no sé, claro es un dolor que no he sentido nunca, entonces claro no sabes que tolerancia al dolor vas a tener, sabes.*

*-Investigadora: pero, ¿tu idea es?*

*Mi idea es que lo más natural posible el parto, mi idea es que me informen de, yo no me voy a negar a que me pongan oxitocina, ni me voy a negar a que me pongan la epidural si alguien lo considera oportuno (...).”(Verónica)*

El dolor es un tema presente en todas las entrevistas cuando la mujer se refiere al parto, y el alivio del dolor se ha presentado dentro de la atención medicalizada como uno de sus pilares

---

<sup>740</sup> Alemida NAM, Medeiros M, Souza MR. Op.cit, 2012. p. 826.



para mantener el modelo asistencial, lo que impide que la mujer desarrolle su potencial para hacer frente al parto y sobrellevar el dolor<sup>741</sup>.

#### 1.2.4. COMO GESTIONAN EL DOLOR DURANTE EL PARTO

Tras el transcurso del parto en las entrevistas realizadas posteriormente, las mujeres nos hablan de como gestionaron el dolor del parto, lo cual en ocasiones no se corresponde con aquello que esperaba. Encontramos un interés particular en las experiencias de aquellas mujeres que dicen sentirse culpables tras el parto por haber usado la anestesia epidural para aliviar el dolor. Se trata de un perfil de mujer que tenía pensado hacer frente al dolor con alternativas no farmacológicas, que aunque no dejaban la puerta cerrada al uso de fármacos, puesto que como dicen llevaron firmado el consentimiento informado para el uso de la anestesia epidural, tras el parto se cuestionan y replantean como tuvo lugar y reflexionan sobre la anestesia epidural: *"(...) entonces he tenido sentimientos de todo, a veces de pues... de culpa"* dice Marina al acordarse del parto y el manejo del dolor, a destacar que tanto Marina como Verónica se enfrentan a una inducción médica del parto, lo cual ya no es equiparable a un parto de inicio espontáneo sin uso de medicación, con contracciones naturales y que mantienen los mecanismos naturales para hacerle frente. La importancia que las mujeres otorgan al manejo del dolor hace que las diferentes alternativas, tanto farmacológicas como no farmacológicas, sean claves a la hora de valorar sus expectativas<sup>742</sup>, de modo que cuando los métodos de alivio coinciden con su elección aumenta el grado de satisfacción<sup>743</sup>, y en contraposición, modificar los planes que tiene las mujeres respecto al parto, al igual que se expone en otros estudios<sup>744</sup>, se presenta como una situación no deseable, de modo que la actitud flexible de la mujer frente a las expectativas rígidas idealizadas es la mejor forma de hacer frente a los cambios respecto a lo que desean en un inicio.

*"Y luego ya el día del parto, bien, porque en ese sentido fue todo muy bien, luego, con la epidural ya todo se alargó, claro lo que era eso, como lo alargue tanto estaba super agotada, tampoco era partidaria de epidural, pero como estaba tan agotada lo pedí. Claro, fue todo lo contrario al parto que yo había pensado, (...), al final fue con ventosa, al final en el expulsivo porque no sentía ni contracción ya en ese momento, entonces claro me sentí un poco mal, de "¡jobar pues si no hubiera pedido epidural, no sé qué!", un poco ese sentimiento de pujar y porque el no pudo entrar claro, cuando ya es instrumental es lo que te dicen, claro."* (Marina)

---

<sup>741</sup> Alemida NAM, Medeiros M, Souza MR. Op.cit, 2012. p.820.

<sup>742</sup> Ferreiro MT, Díaz E, Martínez MD, Rial A, Varela J, Clavería A, Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del parto, Rev Calid Asist., 2013;28(5).p.295.

<sup>743</sup> Mas R, Barona C, Carreguí S, Ibáñez N, Margaix L, Escribà V, Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la MackeySatisfactionChildbirth Rating Scale, GacSanit., 2012;26(3).p.240.

<sup>744</sup> Agea I, ¿Cuáles son las creencias y valores de las embarazadas ante la analgesia epidural?, Arch Memoria, 2015; 12 ( 4).

No haber sentido el dolor en el momento del expulsivo, junto con haber hecho uso de la anestesia epidural durante el parto despierta sentimientos negativos cuando Marina recuerda el parto, este relato donde está presente la culpabilidad se corresponde con el imaginario de la maternidad donde la madre debe sufrir en el nacimiento de su hijo/a, este discurso se corresponde con lo sugerido por Irene Agea<sup>745</sup> cuando refiere que soportar el dolor se presenta en la sociedad como un valor positivo de fortaleza, enfrentando a la figura de mujer fuerte frente a mujer débil. El ejemplo anterior se repite en el relato de Verónica, la cual también muestra sentimientos negativos al recordar el parto y el manejo del dolor:“(…) *ahora me arrepiento de haberme puesto epidural*” (Verónica). La visión medicalizada del parto y con ello el manejo del dolor con fármacos está totalmente introducida en el imaginario del parto e incluso banalizada, las mujeres ante el dolor durante el parto, ante la imposibilidad de hacerle frente de otro modo o ante la indecisión da lugar a que la mujer pueda cambiar las opciones que en un primer momento contemplaba ante las circunstancias personales con las que se encuentran en el momento del parto, como puede ser una inducción médica del parto. En referencia a la supresión del dolor como nos demuestran los resultados extraídos del análisis de datos y al igual que se anuncia en otros estudios<sup>746</sup>, se pone en manifiesto que suprimir este dolor, en nuestro caso particular mediante el uso de analgesia epidural, no siempre se equipara con una experiencia satisfactoria de la mujer respecto al parto. Como muestra la evidencia<sup>747</sup> se evoca a “la verdadera madre como la que siente dolor”, el sufrimiento que se experimenta a causa del dolor del parto se presenta como un camino hacia el papel de “buena madre”.

*“-Investigadora: ¿y por qué te arrepientes?*

*Porque pienso que si no me la hubiera sentido más, hubiera empujado más, mejor y no hubiera estado una hora y cuarto ahí en el expulsivo, o sea, no por las contracciones, porque lo bueno de la epidural es eso precisamente, claro, porque el dolor de las contracciones es innecesario, o bueno a lo mejor no es tan necesarios, pero bueno la verdad que la matrona que me atendió, la anterior a la del momento del expulsivo, si me oriento hacia la epidural, porque si ella en ese momento no me hubiera dicho es el momento de ponerte la epidural, yo no la hubiera solicitado, estaba ,no, estaba concentrada en aguantar el dolor, verdad, o sea, estaba concentrada en aguantar el dolor, de hecho “¡ya viene, ya viene!”, lo que ella pensaba que yo tenía contracciones muy seguidillas, muy fuertes, y que, iba a estar, que la ser un parto inducido iba a lo mejor iba a estar mucho tiempo de parto e iba a ser muy costoso aguantarlo a lo mejor.”(Verónica)*

Cuando la mujer desea hacer uso de la epidural, y ya lo tenía decidido con anterioridad, el acceso a la misma, cumplir con aquello planteado se acompaña de satisfacción. Entre el grupo de mujeres que decide ponerse la anestesia epidural nos encontramos con el relato de Julia, la

---

<sup>745</sup> Agea I, Op.cit.2015.

<sup>746</sup> Arnau J. Op,cit.2012.p.320.

<sup>747</sup> Velho MB, Santos EKA, Collaço VS. Op.cit.2014.p.286.

cual debido a las condiciones en las que transcurre el parto, y a pesar de que desea que se lo solicite no se la ponen, lo que hace que se encuentre con un parto que contradice la idea que ella se había planteado, la imposibilidad de que se cumpla su deseo hace que el dolor sea una parte central de su relato, habla del dolor en numerosas ocasiones, durante su relato y lo presenta en primer término.

*“-Investigadora: ¿Cuándo piensas ahora en tu parto, entonces que se te viene a la mente?”*

*Pues eso, um, de que los dolores no se olvidan. Pues hombre, ahora mismo ya he olvidado lo que son los dolores, pero ya pienso que fue, sigo pensando que fue dolorosísimo, y muy bueno también, las dos cosas.”(Julia)*

Aquellas mujeres que si desean hacer uso de la epidural y cumplen con su deseo durante el parto cuando nos hablan de este método muestran los beneficios sentidos tras su uso:

*“(...)por cierto bendita epidural una maravilla.” (Sara)*

*“(...)me pusieron la epidural y bendita epidural, (...) pues, pues ya hasta casi me eche algún sueñecito, estaba yo relajada.”(Nuria)*

*“Pues a ver que la epidural es una mano de santo, que luego dicen que si efectos secundarios, que hay gente que no, ta, ta, a ver que todos somos un mundo, yo no he tenido efectos secundarios, para mí fue lo mejor que me pudieron poner, o sea, la epidural, porque se me pasaron todos los dolores y fue lo mejor.” (Marisa)*

En el caso de Lucía tiene lugar un parto eutócico sin analgesia farmacológica lo cual se corresponde con su elección personal y la idea que ella tenía pensada, esta situación donde se cumple su objetivo hace que Lucía se sienta orgullosa de haber conseguido superar el parto, fue capaz de decidir de forma autónoma, participando de forma activa en el proceso, donde el profesional sanitario, en este caso la matrona actúa como un apoyo para la mujer y refuerza la confianza en sí misma. Cada vez más mujeres modifican su perspectiva respecto al dolor del parto, lo representan de forma más relativa y banal, deseando ser sujetos activos<sup>748</sup>.

*“Yo había pensado no ponerla, la verdad, así que de lo cual me siento orgullosa, pero en ese momento cuando me preguntaron si quería ponérmela dije que sí, o sea, cuando me quitaron y que claro, que estaba tan mal, me dijeron “¿la quieres?” si, pero ya no se podía, entonces otra matrona que no había estado conmigo me explicó, me dice “pero que con 6 cm no sé qué, que lo has hecho muy bien”, y le pregunté a ella, pero esto va a durar, le pregunte a esa matrona y me dijo “que no que lo has hecho muy bien y yo te voy a ayudar”, y la verdad que dije pues sin epidural ya, buff, y me ayudó y tal, y la verdad que bien, luego sin epidural pues bien.” (Lucía)*

---

<sup>748</sup> Arnau J. Op.cit.2012.p.327.

Aquellas mujeres que refieren querer controlar el dolor con métodos no farmacológicos o alternativos son aquellas que se quieren implica de forma activa en la asistencia sanitaria que se les presta, se forman e informan a través de diversos canales tanto aquellos que forman parte del sistema sanitario como fuera de él, el dolor está presente en sus discursos, se sienten influenciadas por el entorno sociocultural, las experiencias cercanas, y refieren estar preparadas para hacer frente al parto. Aquellas que no quieren tomar un papel activo adquieren una actitud de evitación al hablar del parto y el dolor, no quien pensar en ello, por los sentimientos negativos y la ansiedad que le genera, su único requisito es la “ausencia de dolor”. Dependiendo de la estrategia que eligen para ello adquieren distintos grados de autonomía, y por lo tanto de poder, situación que incide directamente en los sentimientos posteriores al parto y en la impresión de la pareja al respecto.

Ver que una persona está sufriendo, tiene dolor, es complicado y en el caso de la pareja presenciar como la mujer atraviesa el trabajo de parto les provoca diversos sentimientos negativos, sobre todo si no se encuentran preparados para acompañar a la mujer en el proceso de trabajo de parto. Esta situación descrita en nuestro estudio se equipará con los resultados que han arrojado otros estudios<sup>749</sup> al respecto de la experiencia masculina en el parto, los cuales resaltan la presencia de sentimientos negativos en el padre al sentirse incapaz de mitigar el dolor de la mujer

*“Es un poco de sensación de impotencia, de ver a tu pareja que lo está pasando mal y tú lo único que le puedes hacer es dar la mano y darle ánimos, no puedes hacer más, y joder, piensas: podía cambiarse esto un poco y que me toque a mi sufrir, sabes que es imposible, pero si yo creo que en todo lo posible, en lo único, porque yo creo que no puedes hacer nada más, dar ánimo, que, y nada más, no puedes hacer más.” (Pedro)*

### **1.3.PERCEPCIONES DE LA PAREJA TRAS EL PARTO**

En este apartado vamos a tratar cuales son las percepciones de las parejas en lo referente a la asistencia sanitaria durante el parto, todas las parejas entrevistadas acuden a un hospital público que pertenece al Servicio de Salud de Castilla y León(SACYL) para el parto, a pesar de que como ya hemos comentado alguna pareja realizó doble control gestacional, público y privado, el parto tiene lugar en hospital que pertenece al Sistema Sanitario de la Seguridad Social. Compartimos el argumento redactado por I. Agea<sup>750</sup> cuando dice que:

*“El parto es una experiencia única para la mujer, vivirlo de forma satisfactoria es crucial en su proceso de adaptación posterior. La forma en la que se vive el parto y las decisiones durante este proceso, reposan en gran medida en las expectativas, creencias y valores de la mujer.”*

El respeto de las opciones personales de la mujer/pareja durante el parto en referencia a la asistencia sanitaria es la piedra angular de la humanización del nacimiento, donde las parejas se convierten en el centro de la asistencia, son los protagonistas del proceso que les lleva a

---

<sup>749</sup>Ledenfors A, Berterö C, First-time fathers'experiencesofnormalchildbirth, Midwifery, 2016;40.P.28-9.

<sup>750</sup>Agea I. Op.cit.2015.

convertirse en madre y padre, recibiendo una atención tanto respetuosa como basada en la evidencia científica. Se trata de cumplir con la triada: eficacia, seguridad de los procedimientos obstétricos que se aplican junto con la calidad asistencial<sup>751</sup>. Numerosas publicaciones hablan de la satisfacción de las mujeres respecto a los servicios prestados en el proceso de nacimiento; es complejo medir la “satisfacción” puesto que son múltiples los mecanismos que entran como factores de la misma, pero entre estos destacan la relación entre la cobertura de expectativas previas y lo realmente experimentado, la información que proporcionamos los/las profesionales sanitarios, el tipo de parto acontecido, el bienestar del hijo, una lactancia materna satisfactoria, el acompañamiento continuo por una persona cercana, la continuidad respecto al seguimiento gestacional por parte de un mismo profesional, el respeto, trato empático y cercano, facilidades para la comunicación<sup>752753754755</sup>. A lo largo de este capítulo se analiza los discursos de las parejas al recordar la asistencia sanitaria que recibieron durante el nacimiento de su hija/o. La Guía de Práctica Clínica al Parto Normal habla de cómo la satisfacción de las mujeres está influida tanto por el cumplimiento de sus expectativas, como sentirse implicadas en el proceso, permitiendo que mantengan el poder de decisión y control, lo cual se puede lograr si los profesionales sanitarios conocen sus expectativas, expresadas de forma verbal o mediante Plan de parto, favoreciendo una comunicación y apoyo emocional que contribuya a ajustar en la medida de lo posible lo que sucede en el parto y las expectativas iniciales al mismo<sup>756</sup>.

Para que los profesionales sanitarios conozcan cuales son las preferencias asistenciales de la pareja cuentan con la herramienta que ya hemos tratado con anterioridad, “Plan de Parto”, que pretende plasmar por escrito sus decisiones para que personalizar la asistencia prestada sea el modo de actuar de todos los profesionales implicados; pero como ya hemos relatado no todas las mujeres lo conocen, este grupo es pequeño, pero existe, y entre las que participan en el estudio, y si lo conocen y elaboran, llegado el momento del parto no lo entregan. Esta situación nos resulta llamativa, puesto que se molestan en su elaboración pero no lo presentan, y no lo hacen como ya hemos descrito porque alegan que desconocen si será bien recibido por las personas que les van a asistir, aunque estas mismas mujeres que lo redactan refieren que durante el parto comunicaron de forma verbal las diferentes opciones que contemplaban por escrito, de forma que hablando con los profesionales que les atendieron durante el parto demandaban un trato asistencial personalizado. Por lo tanto, nos encontramos que aunque lo llevan por escrito, las mujeres encuentran el modo de hacer conocer cuáles son sus preferencias asistenciales a los profesionales sanitarios que les asisten.

---

<sup>751</sup> Alemida NAM, Medeiros M, Souza MR, Op.cit.2012.p.821.

<sup>752</sup> Aguilar MJ, et al., Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia, *NutrHosp.* 2013;28(3):920-22.

<sup>753</sup> Maderuelo JA, Haro AM, Pérez F, Cercas L J, Valentíne AB, Eva Morán E, Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales, *GacSanit.*, 2006;20(1).p.37.

<sup>754</sup> Mas R, Barona C, Carreguí S, Ibáñez N, Margaix L, Escrivà V. Op.cit, 2012. p.239.

<sup>755</sup> Ferreiro MT, Díaz E, Martínez MD, Rial A, Varela J, Clavería A. Op.cit. 2013. p.296-7.

<sup>756</sup> Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Op.cit. 2010. p.43.

*"(...) me había informado de eso, y lo llevaba hecho, pero no lo entregué.*

*-Investigadora: ¿y por qué no lo entregaste?*

*No sé, porque también como me dijeron que fuéramos hablando si veía yo que, bueno pues la verdad es que no lo entregué como tal, pero lo iba hablando, sí que respondían a, yo no iba con el papel ahí, yo lo llevaba hecho lo imprimí y tal, pero no lo entregué ahí." (Lucía)*

Lucía refiere que aunque no entrega sus preferencias asistenciales por escrito, si se respeta las peticiones que realiza durante el transcurso del parto: *"Tampoco me preguntaron (preferencias asistenciales), ahí sí que no, pero bueno, yo en plan... eh sin preguntarme, yo le decía por ejemplo "por favor si me podéis hacer poca episiotomía, si lo intentáis", y me dijeron que lo intentarían, o por ejemplo para parir, yo quería parir con las piernas así le dije "que me giraran eso", y sí que me lo giraron, entonces bueno, si no me preguntaron, pero bueno hablando de eso, si hablando pues bien, no pusieron ninguna pega." (Lucía)*

La falta de confianza en que se tengan en cuenta sus preferencias asistenciales, junto con la influencia de experiencias de otras mujeres lleva a Sofía a decidir junto a su pareja que no elabora su Plan de parto: *"No porque como era una cosa que decía si podía presentar pero me dicen, me comentan hay veces que no se lo toman bien en paritorio, como que se lo dije y dijimos va a ser como una bobada... puf, presentarlo si al final, como que van a hacer lo que ellos quieran o lo que sea mejor para todo el mundo, y entonces no lo presentamos." (Sofía)*

Pero entre las mujeres que no expresan por escrito sus preferencias a pesar de conocer la posibilidad también nos encontramos con las que refieren no querer intervenir en las decisiones de los profesionales de la salud, puesto que dicen confían en ellos y no desean adquirir su parte de responsabilidad ligada a el ejercicio de la autonomía:

*"(...) porque preferí confiar en cómo se hacen normalmente las cosas, tenía además confianza en que todo iba a ir bien, y si había algún problema yo no quería decidir quiero, prefiero esto, prefiero lo otro, tengo la sensación de que le iban a hacer bien y que si yo tomaba alguna decisión para cambiar eso a lo mejor podía tener problemas y no sé, no, yo como sanitario no quise poner trabas a otro sanitario, ni a la matrona ni a nadie sabes." (Elisa)*

*"Eh, tengo una compañera que había dado a luz en mayo en Madrid, y ella tenía su Plan de parto. Yo, o sea, está bien que tengas tu Plan de parto, pero yo bastante tenía como para organizarme el parto también, que encima, yo lo que pienso es que no tengo ni idea de partos, o sea, que como persona ajena a este mundo era como "encima tengo que preocuparme de mi parto, no, no, no, a mí lo que venga, o sea, eso era lo que venga", o sea, esa era mi idea del parto, vamos, más que nada porque no entendía nada de partos, sabes, no." (Julia)*

La satisfacción tras el parto no solo depende de que tanto la mujer como el bebé finalicen el proceso con buen estado físico de salud, también se encuentran entre los factores que influyen en la percepción de la pareja como desean que transcurra el parto y cómo transcurre en la realidad. En que se cumplan sus expectativas respecto al parto están comprometidos muchos factores, algunos de ellos dependen de la propia mujer y se pueden modificar, otros son físicos, propios de la fisiología de la gestación y el parto, aspectos tales como: inicio del parto, sus características físicas corporales, las del feto... todo aquello que no se puede modificar, y por otro lado, aparece la interacción con el sistema sanitario y los profesionales sanitarios, lo cual si se puede modificar.

Que no se cumplan las expectativas previas, aquello que se deseaba, la idea que se habían formado respecto al momento del parto no se olvida tras el nacimiento, aunque la diada madre-recién nacido se encuentren en buen estado, aquello que pudo ser y no fue, o que fue y no querían que fuese, es recordado por las mujeres y así lo relatan, Hugo en su entrevista describe con claridad como existe una diferencia significativa entre lo que su pareja esperaba del parto y lo que sucedió en el mismo, este hombre destaca la importancia que su pareja otorga a cumplir las expectativas que tiene respecto al tipo de parto y sus preferencias. Estos aspectos que destaca coinciden con la evidencia de otros estudios<sup>757</sup> que resaltan como la información durante el proceso de nacimiento junto con la participación en la toma de decisiones se presenta como las prioridades establecidas por las mujeres.

*“Lo que hay que pensar, llevar, que estaba idealizado, o sea, pensaba que se iba a poner de parto, iba romper aguas, iba a dilatar, no sé qué, todo perfecto, como el ritmo que te cuentan y al final resulta que fue todo lo contrario, no quería ponerse oxitocina, no quería epidural, quería un parto más natural... y además lo respetaron, porque sí que la ginecóloga llamó cuando ingreso, se enteró y llamó para que eso para que lo respetaran, no pusieran la epidural”.* (Hugo)

El parto de Marina es el ejemplo claro de lo relatado, donde debido a diferentes circunstancias se encuentra con un parto que difiere totalmente de aquello que esperaba; aunque el resultado final es que ella y su hijo se encuentran en buen estado de salud, la imposibilidad de que se cumplieran sus expectativas iniciales hace que durante el puerperio experimente sentimientos contradictorios cuando recuerda el parto, pero a pesar de no poder tener el parto que ella esperaba, refiere que en la medida de lo posible, siempre teniendo en cuenta criterios de bienestar tanto para el feto como para ella, los profesionales sanitarios respetaban sus decisiones, lo que hace que se sintiera comprendida durante el parto:

*“Pues yo ahora, claro, ahora ya me ha cambiado mucho respecto al primer mes, por ejemplo, en el postparto he tenido como fases de todo, primero me dije: “pues me alegro de haber esperado, porque yo intenté un parto lo más natural posible”, y primero me sentía como bien porque esperé a pesar de haber alargado el parto y eso me hizo, fue mucho más eso, y también para el niño, no sufrió porque lo estaban*

---

<sup>757</sup> Ferreiro MT, Díaz E, Martínez MD, Rial A, Varela J, Clavería A. Op.cit.2013.p.295.

*controlando, pero sí que nació el pobre super, casi morado ya, como nació, entonces era eso. Y luego ya pasé a: “¡jo!, pues no tenía que haber esperado, tenía que haber hecho ya, irme... dejarme aconsejar un poco más, empezar con la oxitocina”; además como luego a mí me fue bien, que yo dilate bien, pues dije habría parido el mismo día que me puse de parto; entonces, he tenido sentimientos de todo, a veces de pues de culpa, me dio pena, por ejemplo, el tema del expulsivo de digo de no tener la sensación, note un poco la cabeza, y bueno sí que claro note el alivio al salir, pero era como ese sentimiento que todas tenemos de expulsivo, pues de no tenerlo, pues la, la sensación, o la... no haberla sentido claro al 100 por 100 por la epidural. Y ahora ya bueno pues como un poco así y lo recuerdo como no tan malo, a los días siguientes decía “el parto mal, el parto mal”, y ahora digo pues tampoco fue tan mal, porque realmente no, si fue largo sí.” (Marina)*

En una misma dirección Adriana describe como recuerda su parto, como difiere lo esperado con lo que siente en ese momento: *“Yo ahora bueno, o sea yo lo pasé fatal, sinceramente yo pensaba que iba a ser menos duro de lo que para mí fue, yo siempre decía tengo menos miedo a lo del parto que a lo de después, el parto son como mucho, que pueden ser 24 horas se pasan, jo, pero lo pase mal, o sea para mi fueron muy dura, lo de las contracciones fue muy duro.”*

Cuando no se cumple con lo esperado por las diferentes circunstancias, como le sucede a Judit y Lucas, donde tiene lugar un parto gemelar en quirófano, en el cual no se le permite a Lucas presenciarlo, lleva a Judit a expresar como la situación le produce sufrimiento, se refiere a la misma como pérdida de control al ser diferente a lo que ambos esperaban para ese momento:

*“Lucas: Es ahí quizás donde tenemos la espinita del parto, porque no pude yo estar ahí...”*

*Judit: Entonces nada llegamos a quirófano, bajamos todos y de repente dice: “no, no tú no puedes pasar”, y a mi esa imagen de él en el pasillo, y yo alejándome y él quieto, a mi esa imagen me parte, sabes trabajando tanto el que estén los niños aquí, que aguanten hasta el final, que tal, y que se me fuera eso, porque se me fue de las manos, yo estaba ahí a punto de dar a luz y estaba todo el rato esperando a que apareciera, sabes, pero yo dije venga va si no puede ser pues me concentro en los niños que son lo primero, y ya está.”*

Pilar deseaba un parto con anestesia epidural, no quería sentir dolor, durante el expulsivo refiere que le retiran la anestesia epidural y por lo tanto vuelve a tener dolor, esta situación le lleva a que recuerde el momento del parto con sentimientos negativos al respecto. Favorecer el manejo del dolor en función de la elección personal es una de las necesidades que han manifestado las mujeres que participan en el estudio, resultados que se equiparan con la



evidencia publicada al respecto<sup>758759</sup>, cuando se admite que las percepciones respecto al parto están fuertemente influenciadas en función del manejo del dolor.

*“(…)y ya cuando estaba como de 8 o 9 cm me han quitado la epidural, no sé porque pero me la han quitado.*

*-Investigadora:¿te la han quitado?*

*-Sí, sí, “¡te la quitamos porque si no, no empujas!”, y ahí claro ya te vuelven los dolores super intensos y fatal, fatal, fatal.” (Pilar)*

El parto de Sara tampoco resultó ser lo que ella esperaba o deseaba para el nacimiento de su hijo: *“A ver como no me puse de parto, no, yo esperaba, pues mi idea era que fuese natural, pero no pudo ser, entonces todo me lo provocaron, me provocaron las contracciones, me tuvieron que romper la bolsa, todo, porque no me puse de parto, entonces no era lo que yo pensaba, y no era lo que yo esperaba, pero bueno fue así, lo importante es que él está bien y que, y que yo estoy bien.”* (Sara) Deseaba un parto natural y se encuentra con una inducción del parto que finaliza en cesárea. Pero Sara al recordar el parto nos muestra como las conversaciones de los profesionales sanitarios, todo lo que dicen durante el parto es captado por la pareja, y repercute directamente en los recuerdos y sensaciones que tienen del parto, Sara percibe una falta de sensibilidad en un momento delicado para ella, aunque también destaca haberse encontrado con profesionales que le dispensan un trato adecuado, habla más de los momentos donde no se tienen presentes aspectos psicológicos que conlleva el parto, tras el cual su autoestima está afectada debido a que percibe que le culpabilizan de la imposibilidad del parto vaginal. Como refiere Ferreiro et al.<sup>760</sup> durante el proceso de nacimiento las/los profesionales sanitarias/os y en concreto *“las matronas constituyen uno de los elementos que se identifican como puntos fuertes del servicio, en el sentido que de lo que dicen y hacen influye significativamente en la satisfacción de la madre”*.

*“(…)en paritorio la verdad es que de todo, matronas encantadoras, majísimas que te ayudan muchísimo, y otras bueno pues que te echan la culpa porque eres bajita y no tienes un cuerpo ideal para parir, y entonces te quedas diciendo: “bueno yo no pensé que para parir había que tener un cuerpo 60-90-60”, pero bueno eso es lo que comentábamos.*

*-Investigadora:¿esa es la sensación con la que te has quedado de que parece que...?*

*Si, si, como que la culpa fue mía, esa es la sensación con la que yo me quedé, que la culpa fue mía, que no pudo ser un parto natural porque yo tuve la culpa, la culpa porque no dilataba, porque luchaba contra la contracción, no la dejaba eh seguir adelante, no, que fue lo que me dijeron, a ver si yo no me pongo de parto que voy hacer yo, no, no, puedo.” (Sara)*

<sup>758</sup> Ferreiro MT, Díaz E, Martínez MD, Rial A, Varela J, Clavería A. Op.cit. 2013.p.295.

<sup>759</sup> Mas R, Barona C, Carreguí S, Ibáñez N, Margaix L, Escribà V. Op.cit.2012.p.239-40.

<sup>760</sup> Ferreiro MT, Díaz E, Martínez MD, Rial A, Varela J, Clavería A. Op.cit.2013.p.297.

Las profesionales sanitarias como hemos remarcado con anterioridad destacan la necesidad de una comunicación bidireccional adecuada con las mujeres y sus parejas, siendo esta una de las claves que permitirá a la pareja sentirse “bien” tras el parto, conociendo porque sucede de un modo y no de otro, y siendo participe de todas las circunstancias que le rodean. Esta idea la resume Berta matrona en el siguiente párrafo:

*“(...) porque a mí me parece también que cuando llevamos una idea, es decir, yo voy con la idea de que mi parto va a ser natural, vaginal, eh, esto crea muchas expectativas, no, y luego se tuerce por algo y es una frustración terrible; entonces, a mí me parece que dependiendo de las situaciones, si a ti te van hablando, te van diciendo “pues mira esto va progresando bien, podemos hacer esto va”, y no se necesita tanto tiempo, es decir, se necesitan en pequeños ratos un poco de dosis de comunicación y de tranquilidad, no es otra cosa; porque lo otro yo creo que traumatiza(..). Entonces yo soy más de esa idea, más que, porque yo ya también llevaba mi parto programado, es decir, yo también quería quien estuviera, yo tenía claro que no quería la bolsa rota, yo tenía claro que iba a ir con 5 cm de dilatación, tal, tal, tal, y mentira eso no sucede, es decir, luego sucede de otra manera, entonces que no sean partos frustrados.” (Berta)*

La actitud de los profesionales sanitarios hacia la pareja durante la asistencia sanitaria siempre es significativa, pero cobra vital importancia durante el parto, las parejas recuerdan y relatan sus experiencias al respecto durante el parto donde nos muestran tanto lo que consideran buen trato como malo, las implicaciones que conlleva el nacimiento de un hijo/a como momento único que se acompaña de una fuerte vulnerabilidad, sobre todo en el caso de la mujer, hace que el trato percibido por la pareja cobre un puesto importante cuando la pareja rememora el parto. En referencia a lo que se puede denominar mal trato Verónica nos relata cómo durante el parto una de las matrona que le asiste muestra una actitud paternalista al dirigirse a ella, le riñe, la trata como si fuera una niña que se ha portado mal, infantiliza la situación, sin tener presente que Verónica es una mujer adulta, no pretende en ningún momento hacer daño a su hija, sino que es la primera interesada en que todo vaya bien.

*“(...) empezaba a decirme, empezaba a decirme: “pero que pasa bonita, que tú no sabes que cuando se rompe la bolsa hay que venir, 4 días ni as ni menos, 4 días, no sé qué”. Digo: “bueno es que no la roto por un lateral, la he roto por arriba”. Claro, al romperla por arriba solamente mojaba cuando dormía, porque es cuando te pones horizontal y cuando gotea, entonces el resto del día yo estaba bien, te sientes bien, sí que yo notaba a lo mejor que yo tenía menos volumen, pero tampoco algo exagerado, (...), y nada, y bueno esa señora me echó la bronca, y yo ahí ya me puse nerviosa, y yo ya le dije “oiga usted que quiere que me sienta yo mal, porque ya bastante mal me siento yo por haber, usted que cree que quiero hacer yo al a mi niña o algo”, y entonces claro ya ahí le dije: “la bolsa se ha roto por arriba y no es tan evidente como cuando se rompe...”; “es que me gustaría saber a mi quien es la matrona que te ha dado a ti las clases, vaya clases, no sé qué, no se cual, vaya clases que no os enseñan”, así se puso en este plan, y yo dije: “joder la verdad es que en estos momentos es lo último que falta, pero bueno.”(Verónica)*

Otro ejemplo donde se puede contemplar este tipo de actitud por parte de una profesional sanitaria, la cual carece de sensibilidad al dirigirse a una de las mujeres que participa en el estudio, es el episodio relatado por Nuria, tiene lugar durante el parto, durante la monitorización fetal: *“(...)aparte de que esa no fue nada agradable, yo cuando vino la otra matrona, cuando hubo cambio de turno, bendita sea dios, porque fue la que me puso la epidural, la que luego me atendió, que me atendió fantásticamente y tal, pero la anterior hubo un momento en el que eh, era un poco desagradable, porque a mí como me estaba empujando, y claro, y a mí, y yo tenía que, que, que o sea empujaba con él, claro, y “no te muevas, ni te muevas, porque tu estas aquí con monitores por tu hijo, no por ti”(tono desagradable)”*.(Nuria)

La falta de sensibilidad también la destaca Claudia durante el transcurso de la cesárea programada que le practican *“(...)y luego el anestesista que a mí me parece fenomenal que tengan el móvil y tal, pero hombre yo allí y la niña, yo oía al ginecólogo que decía el ginecólogo “que no la tengo”, y yo “pero que pasa”, y el anestesista nada, y el tío ahí sonándole los WhatsApp y contestando, que me parece muy bien, pero hombre que no te vea yo que yo estaba así.”*; excepción que relata respecto al buen trato que percibe durante el proceso de nacimiento: *“(...) la verdad es que un trato muy bueno por parte de todo el mundo un trato estupendo, eso sí es verdad.”* (Claudia)

Percibir un trato amable, respetuoso por parte de los profesionales sanitarios es muy valorado por parte de las mujeres y sus parejas, la figura del profesional se convierte en un apoyo para la mujer que está en trabajo de parto, mejora su percepción respecto al momento y los recuerdos asociados al nacimiento de su hijo/a, y así nos lo han expresado las informantes cuando recuerdan el momento del parto. Tanto matronas como obstetras, destacan por el papel fundamental que adquieren como determinante en la satisfacción de las mujeres y sus parejas<sup>761</sup>.

*“Bien, muy bien, si, si yo la verdad que el trato ha sido genial, muy bien, allí te tratan, o sea te tienen como en, no en palmitas, pero que te tratan muy bien y te entienden y, a ver, o sea que sí, yo me he sentido muy bien, muy bien, muy bien, vamos.”*(Marisa)

*“Del trato, de la atención, (silencio reflexivo) me quedo con el cariño que me trataron todo el tiempo, todas, las matronas, las auxiliares, no vi a la ginecóloga, la vi justo al ingreso nada más, así que fue un parto muy bueno, y no sé, me quedo con el cariño que me trato todo el mundo, que conocía a nadie de paritorio ni nada, y todo el mundo, o sea, sí que creo que estuvieron a la altura de lo que tu sientes en ese momento que es el momento más especial de tu vida y ellos estaban allí contigo y no se sienten que me trataron con mucho cariño.”*(Elisa)

*“Pues...es que la verdad desde que empezó el parto, o sea, desde que entre en monitores han sido super cariñosas, todo el rato animándome “que bien lo estás haciendo, bueno, bueno, primeriza”, que se lo dirán a todas, pero a mí me animaron un*

<sup>761</sup> Mas R, Barona C, Carreguí S, Ibáñez N, Margaix L, Escrivà V. Op.cit,2012.p.239.

*montón, o sea que. Y luego en el paritorio igual "o sea, lo estás haciendo fenomenal, bueno, bueno", eso te ayuda, mucho.*"(Julia)

*"(...), o sea, durante el parto no sentí ni un segundo de decir "estoy mal", o sea, esta es una sensación como de emoción, de que guay, y la gente que estaba trabajando allí en el parto y tal muy bien, tengo una sensación muy buena."* (Pedro)

*"La verdad es que nos han tratado muy bien siempre sabes, y eso cuando estás en el paritorio están todo el rato encima de tuyo."* (Andrés)

Matronas-os y ginecólogas que participan en el estudio en algún momento durante la entrevista remarcan como las actitudes que puede tomar el/la profesional sanitario/a repercuten de forma directa en las percepciones de la pareja, como refiere Carla: *"no es lo que haces sino como lo haces"*. El apoyo tanto físico, emocional como informativo, así como el apoyo para que las parejas participen en el proceso es determinante a la hora de valorar la satisfacción<sup>762</sup>.

*"(...)cada persona atiende un parto de manera distinta, cada profesional lo hace de manera distinta, y eso hay que respetar mucho la ética, hay gente que le vale un comino la ética, y hay esta más, en la forma de educación de los profesionales que en cómo hacer un parto, vale; porque yo puedo, por ejemplo, pasar a una paciente y decirle si no empuja, estimularla a empujar, diciéndole: "mira quieres que te enseñe donde está la cabecita de tu bebé, así tal vez empujas mejor", eh, pero otro le dice, la manda empujar, le pega tres gritos y ya; entonces, no creo que tenga que ver la forma de como se hace el parto sino como lo realiza el profesional, y yo creo que hay no hay ninguna forma de obligar a alguien."* (Carla)

Cuando la pareja se siente arropada y apoyada por parte de los profesionales sanitarios se describe como buen trato, lo que ayuda a que tengan una percepción satisfactoria sobre el parto. Por otro lado, nos encontramos que cuando no se cumplen las expectativas previas que ambos tienen esto puede repercutir negativamente en los sentimientos de las parejas que nos describen su experiencia. Una de los puntos que destacan como negativo es la separación entre madre-padre y recién nacido que se hace cuando se realiza una cesárea, o la no presencia del padre durante el parto instrumentado, son algunos de los aspectos que las parejas resaltan, como por ejemplo para Daniel no cumplir con lo esperado supone una desilusión, en su caso se debe a que no se le ofrece la posibilidad de hacer piel con piel, lo cual depende de las personas que están trabajando, ya que nos encontramos con otros padres a los que si se le permite realizarlo.

*"Ahí es una de las cosas que tampoco nos gustó. Porque en principio pues en los cursillos la matrona pues nos había estado siempre diciendo que el padre en el caso de que fuera una cesárea el contacto piel con piel del padre que podía entrar, y claro, um yo estaba esperando ese momento, o sea, yo estaba esperando a que la subieran a ella*

---

<sup>762</sup> Mas R, Barona C, Carreguí S, Ibáñez N, MargaixL, Escrivà V. Op.cit,2012.p.237.

*de la cesárea, si la, en seguida me la enseñaron allí donde estaba en la sala de espera, pero claro la pasaron directamente a la sala de, de las incubadoras y , y nadie me dijo nada, yo me quedé como esperando: “entra que te la vamos a dar a ti”, sabes, y yo me que así un poquito descolocado, y ya luego sí, me dejaron entrar para verla, pero en ningún momento, yo solo la vi en la incubadora, pero en ningún momento ni pude tener contacto con ella, yo la veía, la veía muy angustiada a la pobre, llorando todo el rato, (...). Entonces claro yo sí que me quedé un poquito desilusionado porque yo sí que tenía ganas de, de lo que me habían dicho.” (Daniel)*

#### **1.4. PARTICIPACIÓN MASCULINA DURANTE EL PARTO**

La participación masculina a lo largo del parto la vamos a tratar en un apartado único, como se siente el hombre durante el proceso de nacimiento de su hijo/a, conocer las percepciones desde el punto de vista masculino se convierte en uno de los objetivos principales del estudio. Como se sienten ambos miembros de la pareja en relación a la involucración del hombre durante el parto es importante de cara a la integración posterior masculina en los cuidados de su hijo/a, ya que se considera un factor predictor de conductas adecuadas entre padre y su descendencia<sup>763</sup>, siendo el acompañamiento por una persona de elección materna una de las recomendaciones que se da desde la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal<sup>764</sup>.

La figura masculina con el transcurso del tiempo y la aceptación por parte de los profesionales sanitarios de su presencia en el paritorio ha dado lugar a que se convierta en el principal apoyo con el que cuenta la mujer durante el trabajo de parto, puesto que se encuentra en un entorno que le es ajeno y no está rodeada de personas conocidas; así nos lo muestran nuestras/os informantes, donde el principal acompañante de la mujer en el parto es el de su pareja, de todas las parejas entrevistadas solo hay una donde es su madre la que le acompaña durante el parto, en el resto la presencia es masculina. Existen diversas formas para que los futuros padres se sientan integrados en el proceso de nacimiento, que van desde la simple presencia, al apoyo físico y mental de la pareja o ayuda en la relajación y respiraciones<sup>765</sup>. El acompañamiento durante el parto se encuentra entre los principios de una asistencia humana, proporciona un apoyo constante, estímulo para las mujeres y proporciona seguridad y comodidad durante el parto<sup>766</sup>. La evidencia demuestra como el apoyo continuo durante el trabajo de parto se presenta como una oportunidad única para que la pareja forme parte del trabajo de parto y participe de forma activa, sintiéndose útil, además de reportar otros beneficios entre los que destacan la mayor probabilidad de un parto sin analgesia/anestesia, mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo, mayores sentimientos de autocontrol, lo cual repercute en una mayor satisfacción<sup>767</sup>.

---

<sup>763</sup> Maldonado-Durán M, Lecannelier F. Op.cit. 2008.p.149.

<sup>764</sup> Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Op.cit.2010.p.50.

<sup>765</sup> Ledenfors A, Berterö C. Op.cit.2016.p.29.

<sup>766</sup> Nakano AMS, Silva LA, Beza ACS, Stefanello J, Gomes FA. Op.cit,2007.p.132.

<sup>767</sup> Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C.Op.cit. 2008.

La participación masculina durante el parto, el acompañamiento y apoyo que ejerce para su pareja, cobra gran importancia para la mujer a la hora de atravesar el trance del parto, en relación a lo que estamos tratando Álvaro describe cómo percibe su papel durante el parto: “(...) apoyándola, sobre todo pues eso verbalmente, hablándole, si, agarrándole la mano, claro yo desde que llegué estuve todo el día con ella, si hasta que nació.” (Álvaro) El hombre se presenta como el apoyo psicológico de la mujer durante el parto, así se sienten ellos y así lo perciben las mujeres, aunque para el hombre aparecen también sentimientos de impotencia puesto que sienten que su participación no va más allá del apoyo psicológico, no tener suficiente información y conocimiento sobre la situación puede dar lugar a que el padre se sienta como un extraño<sup>768</sup>. Presenciar como su pareja atraviesa el trabajo de parto produce en los hombres sentimientos dispares, que van desde el nerviosismo, incertidumbre o miedo al ser incapaces de mitigar el dolor de su pareja, hasta la alegría que le produce el inminente nacimiento.

*“Participar en con ella, con mi pareja, si, lo que son los profesionales no, sí, sí, yo creo que sí, que sí que le apoye a Julia lo que pude. Es un poco de sensación de impotencia, de ver a tu pareja que lo está pasando mal y tú lo único que le puedes hacer es dar la mano y darle ánimos, no puedes hacer más, y joder, piensas “podía cambiarse esto un poco y que me toque a mi sufrir”, sabes que es imposible, pero si yo creo que en todo lo posible, en lo único, porque yo creo que no puedes hacer nada más, dar ánimo, que, y nada más, no puedes hacer más.” (Pedro)*

*“(...)la experiencia para mi positiva, claro también a ella la ves sufrir, pues oyes, no se es que es muy raro, porque es como todo alegría por un lado y a la vez te está dando mucho apuro para verla sufrir, pero claro..., claro luego ya cuando se lo dan a ella, pues hombre ya ves que le cambia la cara, ya fue otra cosa.” (Julio)*

El acompañamiento durante el proceso del parto es el papel que se asigna a la pareja masculina, pero también actúa de conexión entre la mujer y el profesional sanitario, cuando la mujer no está en condiciones de expresar sus necesidades.

*“Pues durante el parto, el me, pues él estaba allí conmigo, con un cara de descomposición total, estaba pero que yo, risas, y nada pues me estuvo dando muchos ánimos, me miraba cuando venían las contracciones y no sé, pendiente todo el tiempo de que tal estaba que sentía, y si tenía que pedir algo hablaba con alguien, y pero vamos, de forma per, acompañar básicamente.”(Elisa)*

Cuando el parto tiene lugar por cesárea, como ya hemos comentado, el hombre no acompaña a su pareja en el quirófano durante la intervención, ni tampoco en la reanimación. Alguna de las parejas cuando se le practica una cesárea refiere como al padre si se le permite realizar el piel con piel con el/la recién nacido/a<sup>769</sup>, pero no es el caso de Daniel, el cual se

---

<sup>768</sup> Ledenfors A, Berterö C. Op.cit.2016.p.28.

<sup>769</sup> En la Estrategia de atención al parto del Sistema Nacional de Salud se describe al piel con piel como la técnica en la cual “Posicionando a la criatura recién nacida en decúbito prono en contacto piel con piel,

refiere así: "(...), y es que luego yo me fije en un cartel que tenían allí colgado del tema este del contacto piel con piel, y digo "jolín está aquí y no lo ponen, eh ,no lo ponen al uso".Entonces es un poquito lo que más, lo que más nos quedó un poquito pues eso, dolidos o desilusionados, por mi parte, vamos." (Daniel)

Andrés tras el nacimiento de su hijo y ante la insistencia de su pareja solicita la posibilidad de hacer piel con piel, procedimiento que percibe integrado dentro de la rutina hospitalaria cuando el nacimiento es por cesárea, su relato contradice el anterior, ambos nos muestran la variabilidad de las diferentes opciones de participación que se les muestran a las parejas en función de los criterios de las personas que les asisten.

*"(...) yo se lo pedí, pero aparte era como si fuera una obligación, sabes me dijo "media hora de...", no, no es como una obligación, pero vamos que me lo dio como, como, o sea no como si tuviera opción, si como si fuera así siempre, sabes."*(Andrés)

La literatura que examina con exclusividad la participación masculina y la percepción paterna cuando realizan el piel con piel es escasa, pero como muestran los estudios<sup>770</sup> esta actuación parece ser beneficiosa tanto para el padre como para el bebé, ya que mejora la dinámica familiar, la capacidad paterna de respuesta a las necesidades de su hijo/a y reduce la ansiedad o estrés paterno. Esta técnica se presenta como una buena alternativa cuando la madre no está disponible como puede ser en el caso que nos han descrito, o si surgen complicaciones.

En el caso masculino poder hacer algo durante el transcurso del trabajo del parto les hace sentirse integrados en el proceso, la evidencia al respecto destaca como los futuros padres declaran que es importante tener un papel valioso y sentir que hacen algo bueno durante el parto<sup>771</sup>, sin embargo, a pesar de que se permite el acompañamiento Hugo no se siente involucrado en el proceso, considera que se tolera su presencia pero como un observante pasivo más que como uno de los protagonistas. El caso particular de un parto no se puede equiparar a otro proceso asistencial en el cual se permita el acompañamiento de una persona a elección de la usuaria, este proceso va más allá del propio acto asistencial, puesto que para los dos miembros de la pareja es un momento crucial en su vida, se presenta como un punto

---

*poco a poco va reptando hacia los pechos de su madre mediante movimientos de flexión-extensión de las extremidades inferiores y alcanzando el pezón, pone en marcha los reflejos de búsqueda y succiona correctamente. Este proceso no debe forzarse, debe ser espontáneo. Su duración es de unos 70 minutos en el 90% de los casos. La separación M-RN altera este proceso y disminuye la frecuencia de tomas con éxito. El contacto piel con piel tiene también otros efectos beneficiosos para la criatura recién nacida (se recuperan más rápido del estrés, normalizan antes su glucemia, el equilibrio ácido-base y la temperatura) y para la madre (disminución del tamaño uterino por secreción de oxitocina). También para el vínculo M-RN, aumentando la duración de la lactancia materna y evitando experiencias emocionales negativas." Y en caso de que la madre no pueda realizarlo "se ofrecerá al padre la posibilidad de que haga el contacto piel con piel con su criatura".*

Estrategia de atención al parto del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo.Op. cit. 2007.p.30-1.

<sup>770</sup>Shorey S, Hong-Gu H, Morelius E, Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review, Midwifery, 2016;40.p.207-8, 215-6.

<sup>771</sup>Ledenfors A, Berterö C. Op.cit.2019.p.29.

de inflexión, tras el cual forman una familia y adquieren un nuevo rol: madre y padre, por todo lo anterior se debe dar la importancia que se merece a la participación masculina.

*“Si, sí que me tenían presente, pero sí que la verdad que lo ves, que soy como ahí “bueno ponte aquí no molestes mucho”,(risas), y vale sí que me informaban pero es un poquito si de “venga no molestes”. (Hugo)*

Sentirse parte del proceso mejora la percepción masculina durante la asistencia sanitaria al parto, el profesional sanitario durante el parto influye en la posibilidad de integrar al padre en el parto cuando transcurre en el hospital, en que se sienta útil y parte del mismo, como nos explica Julio: *“De hecho la matrona nos dijo que si, que lo habíamos hecho muy bien los dos en conjunto, si con las respiraciones, “venga respira- le ayudaba ,bueno le ayudas-,que te queda una, venga va una menos, ya!”.* Carmen dice que depende de cómo sea el trato que recibe el futuro padre por parte de quien le presta atención sanitaria para que ellos se sientan integrados o no en el proceso.

*“(…)en general, ellos se sienten como nosotros les hacemos que se sientan, no, ellos se sienten eh, realmente un poco perdidos, cuando están aquí se ponen nerviosos, se, se vuelven muy, muy indefensos, muy frágiles; entonces, porque, porque desde el principio no se les ha dado un papel también protagonista, de cuidado, de compañero o de compañera, de apoyo, etcétera, entonces en el momento del parto pues eso da la cara, y da la cara pues se estresan se ponen nerviosos.” (Carmen)*

Entre los diferentes aspectos que no le gustaron a las parejas entrevistadas, lo cual no favorece que el padre se sienta parte del proceso de gestación, tiene que ver con el hecho de que en ocasiones el profesional sanitario que atiende a la mujer le pida salir de la habitación cuando van a proceder a realizar una exploración, para algunos/as de los informantes supone una situación contradictoria, puesto que su pareja acepta su presencia, además de referir que están presentes durante el expulsivo, cuando el parto es vaginal y eutócico, por tanto se cuestionan por qué anteriormente no les permiten estar presentes, aptitud que les hace sentirse apartados.

*“(…) es una tontería, por lo menos a mí me lo parecía que me mandara salir para hacer un tacto y es que, pero bueno, vale, yo me salgo.” (Hugo)*

*“(…)le mandan salir, a ver , le dicen “bueno como vamos a estar mucha gente”, a ver lo hacen muy disimulado, no sabes cuál es la verdadera intención pero ellos, ellos lo hacen disimuladamente, no te dicen “salga”, a ver, no sé si lo hacen por protegerse ellos o simplemente porque les produce más intimidad que no esté el, no sé, pero bueno que no lo hacen descarado, dicen “tomate un café mientras nosotros, porque aquí va a haber mucha gente”, algo así, muy sutil, no te dicen directamente.”(Verónica)*

*“(…)lo único que, vamos que no es extraño, pero cada vez que entraban a mirarla me hacían salir de la habitación, pero vamos que no, si ya le he visto desnuda muchas veces.”(Andrés)*



Como podemos extraer tras el análisis de las experiencias de las parejas la integración e involucración masculina en el parto no solo depende de la aptitud particular de la pareja y en concreto del hombre, la participación masculina no depende de su intención, en gran medida se encuentra supeditada a las decisiones particulares de los profesionales sanitarios que le atienden, tanto matronas/os como ginecólogas/os. Por ello desde esta perspectiva se evidencia como la participación masculina en los encuentros asistenciales durante el proceso de nacimiento será determinada por los profesionales sanitarios, siendo quien autoriza en cada momento la persona que acompaña a la mujer, poniendo de manifiesto la institución jerarquizada y el poder que ostentan los profesionales sanitarios frente a las parejas<sup>772</sup>; la buena voluntad de los/las profesionales determinará el grado de participación masculina, y de esta interacción dependerá la percepción del nacimiento como una experiencia masculina positiva o negativa, el intercambio de información y la comprensión de los acontecimientos cobran vital importancia para los futuros padres<sup>773</sup>.

*“Después otra( se refiere a otra profesional sanitaria, no especifica) con la niña, la que la cogió para pesar ,para darle una crema en los ojos que, si fui con ella, me llamo ella, dijo “ven que la vamos a pesar, la vamos a...”, si eso sí, o sea muy bien, en ese sentido bien, lo otro fue más , bueno pues ahí que esperar, eh no tengo por qué dar muchas explicaciones, ellos hacían su trabajo y “puedes salir un momento”, alguna vez si me dijeron, salía por el pasillo, volvía a entrar cuando salían ellos o ellas.” (Manuel)*

Como ya hemos comentado si el parto tiene lugar por cesárea o es un parto instrumentado el acceso del padre al quirófano y la sala de reanimación está restringida, por lo tanto, no hay posibilidad de interacción masculina con la madre, en este caso concreto la participación del padre se traslada a estar con el recién nacido/a con la posibilidad de realizar el piel con piel, pero como ya hemos descrito depende de los criterios del personal sanitario que en ese momento está de guardia. Otros estudios corroboran lo descrito por las parejas informantes cuando se refieren a la ausencia de la figura masculina durante el parto distócico como una situación que crea desorientación y menos satisfacción en la gestante<sup>774</sup>.

*“No pregunté (se refiere a la posibilidad de hacer el piel con piel) porque de hecho una de las enfermeras que estaba me dijo que el pediatra que estaba allí dijo que no le gustaba que lo sacaran de la incubadora, o sea, ya directamente.”(Nicolás)*

*“Pero yo sí que le dije a Nicolás , porque la matrona en las clases nos lo había dicho , digo “Nicolás si es cesárea mientras yo esté en reanimación tu pide que quieres coger al niño, para que este contigo”, para que no este, no este desprotegido, porque bueno en una incubadora tiene su calorcito y tal, pero ese contacto, llevan 9 meses dentro y salir y que nadie lo abraza para mi tiene que ser desolador, y Nicolás , pues, es que como ya, como ya te dijeron eso pues.” (Sara)*

---

<sup>772</sup> Arnau J. Op.cit. 2012.p.355.

<sup>773</sup> Elmir R, Schmied V. Op.cit.2019.p.72-3.

<sup>774</sup> Aguilar MJ, Sáez I, Menor MJ, Mur N, Expósito M, Hervás A, González JL. Op.cit,2013.p.922.

*“(…), y ya a los 10-15 minutos me dijeron entra, sabes, desnúdate, bueno en realidad me dijeron, me dijeron que lo tenía que meter dentro de la camiseta, pero llevaba una camiseta tan justa, tan justa que no entraba ni el niño ni nada, me toco estar ahí desnudo, sabes, ahí con el niño, me dijeron que tenía que estar una hora pero al final me lo tuvieron 20 minutos o por ahí, y menos mal, porque me estaba quedando dormido, después de toda la hora ahí, toda la noche ahí con todo, sabes que llevaba sin dormir, si esto ha sido a las 5 y media de la tarde del martes, yo llevaba sin dormir desde las 7 de la mañana del lunes, y entonces claro yo estaba agotado.”(Andrés)*

Aunque la presencia paterna como acompañante durante el parto es una figura totalmente reconocida, tanto por parte de los profesionales como de las parejas, en el caso de nuestra población de estudio nos encontramos con un único ejemplo que representa a aquellas parejas que no desean estar presentes en el nacimiento de su hijo/a, en el caso concreto del parto de Marisa su pareja es sustituida por la compañía de su madre, es una situación especial que no se repite entre el resto de los integrantes que han sido entrevistados, la posibilidad de personalizar las preferencias de la pareja, ante la negativa de Víctor de permanecer en el paritorio hacen que la entrevistada se sienta satisfecha cuando rememora el momento del parto.

*-Marisa: “(…)si estaba, pero no entró, no, no, no, no entró.*

*-Investigadora: “Al final decidió que no, y ¿estuviste sola o pasó tu madre?*

*-Marisa: “Pasó mi madre, dejaron pasar a mi madre, así que genial, si, si, muy bien, muy bien, sí; es que, a ver, yo sabía que Víctor no, y la matrona le dijo “A ver -le dijo, si tienes miedo, si piensas que te vas a marear, si te vas a... dice, es mejor que no entres”. El decía que estaba dudando, yo le decía “mira no entres”, yo al principio sí que quería que entrara pero como el, veía, como yo lo veía que no, pues le decía, “no entres, le dije, no entres”, y ya está, dejaron entrar a mi madre, así que genial, estuve acompañada, o sea que bien, si, pero bueno que también si no hubiera entrado mi madre no hubiera pasado nada, porque yo me encontraba arropada por todos los que, había un montón de gente allí, o sea que muy bien, muy bien.”*

Tras analizar los resultados de las entrevistas podemos ver como los /las profesionales de la salud, al igual que se ha demostrado en otros estudios, aún presentan dificultades respecto a cómo actuar o tratar al futuro padre, puesto que *“no es un paciente ni un visitante”*, y sin embargo tiene un importante papel<sup>775</sup>, por todo ello la figura masculina debe ser vista como alguien que está viviendo un momento especial, su presencia debe ser aceptada, ayudándole a sentirse seguro y reconocer su papel, que se refleja en su participación como apoyo a la mujer durante el parto<sup>776</sup>. Como refiere Raquel Fernández et al<sup>777</sup>. *“existe un déficit de atención o*

<sup>775</sup> Ramírez H, Rodríguez I, Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofilial. Revisión bibliográfica, *Matronas Prof.*, 2014; 15(4).p.e5.

<sup>776</sup> Nakano AMS, Silva LA, Belez ACS, Stefanello J, Gomes FA. Op.cit.2007.p.135-6.

*dificultades a la participación del padre en el proceso del parto*”, lo que se transforma en insatisfacción masculina, al limitar desde la asistencia sanitaria su protagonismo durante el proceso de nacimiento generando actitudes que perpetúan las desigualdades de género.

### **1.5. REFLEXIONES FINALES**

Durante este capítulo hemos podido ver como coexisten dos grupos de mujeres bien diferenciados en función de las perspectivas individuales respecto al parto, por un lado están aquellas que quieren ejercer una parte activa, autónoma y decidir, y otro grupo configurado por mujeres que destacan por ser sujetos pasivos y sumisos, presentando una endoculturación del itinerario asistencial. Pero aunque hemos diferenciado estos dos grupos nos hemos encontrado con una situación particular en relación a la comunicación de sus preferencias, y es que aunque las mujeres conocen sus derechos respecto a la asistencia al parto y elaboran Planes de parto, ninguna llega a entregarlo, lo cual nos lleva a plantearnos por qué sucede esta situación. Por un lado están aquellas mujeres que prefieren no hacerlo ante la posibilidad de no ser bien recibido por parte del equipo obstétrico que les atiende, y por otro lado, están aquellas mujeres que refieren comunicarse de forma verbal, expresando sus preferencias, las cuales fueron respetadas. El Plan de parto en nuestro ámbito de estudio no ha sido bien aceptado por las mujeres, ni por las profesionales sanitarias, las cuales refieren que esta herramienta surge como consecuencia de una comunicación insatisfactoria con la pareja, lo cual se podría solucionar al establecer una relación de confianza, basada en una buena comunicación, a lo cual se le une el malestar expresado por algunas de las profesionales al considerar que con el Plan de parto se falta a su criterio profesional al indicar como deben trabajar.

A lo largo del análisis hemos podido constatar como el “miedo” ha acompañado a las parejas durante el transcurso del proceso de nacimiento, con causas muy variadas que sitúan a la mujer/hombre en una posición de vulnerabilidad, con pérdida de confianza en su cuerpo para gestar y parir. En primer término, las parejas se enfrentan con miedo al cambio que supone la maternidad/ paternidad, como consecuencia de la idea de que no es capaz de afrontarlo, este miedo vinculado a la inseguridad es compartido por ambos, y en este orden el apoyo psicológico se presenta como uno de los aspectos más valorados de la asistencia que reciben. Las parejas también han descrito miedos relacionados con el propio proceso del nacimiento y la asistencia sanitaria, desconfían de su capacidad para parir, se sitúan dentro del modelo asistencial tecnocrático, donde el riesgo se encuentra insertado en el proceso, lo cual genera miedo ante las posibles complicaciones, percepción compartida con el equipo obstétrico, en este entorno el hospital representa un entorno seguro, y los avances tecnológicos junto con la medicalización el modo de mitigar sus temores. Mantener este discurso en el cual prevalece la posibilidad de complicaciones sobre la confianza de la capacidad de la mujer y la fisiología del parto reproduce relaciones paternalistas e imposibilita el empoderamiento femenino.

---

<sup>777</sup> Fernández R, Corral Segade ME, Pacheco MJ. Op.cit. 2016.p.2.

El “dolor” constituye uno de los ejes principales de los temores de las mujeres, el parto se presenta como una prueba de vida, al que se enfrentan en función de sus particularidades individuales e influenciadas por las expectativas, creencias y valores, además el manejo del dolor es una de las alternativas que permite a la mujer participar en la toma de decisiones, en función de la estrategia seleccionada adquiere diferentes grados de autonomía. Este miedo al dolor y su manejo ha favorecido la medicalización del parto, confrontando por un lado a mujeres que desean controlar su parto, autonomía junto con atención de profesionales altamente cualificados y las que ceden toda responsabilidad y capacidad de decisión al equipo obstétrico, dando lugar a que el dolor llegue a alcanzar un sentido utilitarista para justificar intervenciones (como solicitar una cesárea para no experimentarlo). Estos discursos legitiman el parto medicalizado inserto en el Modelo Médico Hegemónico, con pérdida de autonomía, dejando a la luz la ambigüedad respecto a la ideología del cuerpo femenino transmitido a lo largo de la historia que enfrenta la capacidad de la mujer para dar a luz a la fragilidad y los riesgos implícitos al proceso. La gestión del dolor durante el parto influye en las posteriores percepciones de la mujer, su manejo es clave a la hora de valorar expectativas, el cumplimiento genera satisfacción y en caso contrario sentimientos negativos. Pero destacamos como en caso de tener un parto sin analgesia, y afrontar el dolor es bien valorado por las mujeres, lo que recuerda al imaginario de madre sufridora y el valor positivo que se le otorga a esta fortaleza; esta situación da lugar a que en ocasiones mujeres que en un principio no quieren hacer uso de farmacología para aliviar el dolor, llegado el momento lo hacen y tras el parto experimentan “culpa”, por no haber sido capaces de afrontar el parto sin esa ayuda.

La satisfacción de las parejas respecto a la asistencia al parto está influenciada tanto por el buen estado de la diada madre-bebé, como el cumplimiento de las expectativas previas, ya que en caso contrario aparecen sentimientos contradictorios durante el puerperio, y el trato recibido por parte del equipo obstétrico, pudiendo con su actitud influir positivamente en un momento de fuerte vulnerabilidad.

La figura masculina es el principal apoyo que encuentra la mujer en el parto hospitalario, su presencia posibilita su integración y apoyo físico y mental. Experimentan multitud de sentimientos, perciben la tolerancia de su presencia, pero no son considerados co-protagonistas, lo cual depende de quién les presta la atención, son los profesionales quien autoriza en cada momento si pueden estar, siendo su voluntad la que determine el grado de participación masculina. Aun se perciben dificultades respecto a cómo se actúa con el futuro padre, no es un paciente, no es un visitante, tiene un importante papel y debe ser visto como alguien en un momento especial, aceptar su presencia y apoyarlo, para que se sienta seguro y reconozca su papel, lo cual ayudará a la mujer.

## **2. COMIENZA LA NUEVA ETAPA: SON MADRE Y PADRE**

El inicio de la nueva etapa como madre y padre comienza en el hospital, los días posteriores al parto la diada madre recién nacido/a permanecen hospitalizados hasta que reciben el alta. El puerperio inmediato, el cual transcurre durante los días de hospitalización conlleva un periodo de adaptación en que se reconocen los miembros de la nueva familia y se inicia el ejercicio de

la maternidad y paternidad. En estos primeros instantes que tan importantes son para la pareja, se encuentran en un medio que les resulta ajeno, el hospital, donde el trato de los profesionales sanitarios, las rutinas hospitalarias, los cuidados que se imparten a la madre y el bebé, junto con su entorno sociocultural, lo que se espera de ellas/ellos en esta nueva etapa, las diferentes indicaciones y recomendaciones que reciben de los profesionales sanitarios, todo ello influye directamente en el desarrollo del nuevo rol de madre y padre.

### 2.1. LOS PRIMEROS DÍAS EN EL HOSPITAL

Tras el nacimiento de su hijo/a y durante los días de hospitalización la mujer hará frente a la readaptación corporal tras el embarazo, la recuperación física tras el trabajo del parto, así como la instauración de la lactancia materna, todo ello desde el punto de vista físico, y junto con su pareja, se enfrentan a la adquisición del nuevo rol, lo cual influye desde el punto de vista psicológico; es un periodo complejo donde el desconocimiento hacia la nueva etapa, junto con los nuevos sentimientos que provocan la maternidad y paternidad en la pareja les hace que estos días sean muy vulnerables, y entre las preocupaciones iniciales de la pareja se encuentran los cuidados del recién nacido y la instauración de la lactancia.

Participar en los cuidados desde el nacimiento es un punto importante de cara a promocionar la corresponsabilidad y mantenimiento de la participación masculina en las tareas del ámbito doméstico. Sentirse involucrado e integrarse desde el inicio es clave para aquellos hombres que desean adquirir el 50% correspondiente en la tarea de crianza de su descendencia. La percepción que tienen los padres respecto a su participación durante la hospitalización es importante, puesto que refleja la importancia que se da a la figura masculina en los cuidados de sus hijos/as desde la asistencia sanitaria. Los/las profesionales de la salud que atienden a las parejas en este periodo tienen la capacidad para influir en la satisfacción de la experiencia de la puerpera, así como en el establecimiento de una adecuada relación con hijo/a<sup>778</sup>.

Los informantes que participan en el estudio nos hablan de su experiencia durante los primeros días de vida de sus hijos/as, las impresiones generales de la parte masculina hablan de escasa o nula integración de la figura paterna en los cuidados del bebé desde la asistencia sanitaria, durante la hospitalización, refieren que no se les tiene en cuenta, que las diferentes recomendaciones sobre los cuidados se dirigen en exclusiva a la madre, situación que se corresponde con una práctica asistencial médica que se basa en el Modelo Médico Hegemónico donde se trata la salud física de la mujer sin abordar las emociones<sup>779</sup>.

Los entrevistados hablan de cómo los diferentes profesionales de salud que pasan por la habitación durante los días de hospitalización no integran la figura masculina, Nicolás refiere que a excepción del pediatra, el resto de profesionales no se dirige a él: *"(...) quitando cuando pasaba el pediatra que era el que se dirigía a los dos, los demás nada."* (Nicolás) Para Hugo la integración masculina por parte de los profesionales sanitarios en los cuidados del recién nacido se le hace complicada puesto que refiere que durante las visitas ginecológicas no se le

---

<sup>778</sup> Arnau J. Op.cit.2012. p.502.

<sup>779</sup> Arnau J. Op.cit.2012. p.354.

permite estar acompañando a su pareja y su hijo: “(...)es que sabes lo que pasa, es que muchas veces cuando venía el ginecólogo, bueno cuando venía me echaban coño, o sea, no, me echaban y entraba no.” Sobre la participación en los cuidados de su hija/o, la integración por parte de los profesionales tanto Álvaro y Elisa coinciden al mostrar que según su experiencia no se integra a ninguno de los miembros de la pareja:

*“(...)y luego el día siguiente que se la llevaron y no te dicen para que, ya vino más limpia, pero es que es eso que no te lo hacen en la habitación, entonces no lo sé, no, tampoco te dicen ven que vamos a ...”*(Álvaro)

*“Yo creo que no, yo creo que no, yo creo que no, no, es que no sé si me incluían a mí, creo que hay cosas que se daban por hecho y no sé.”* (Elisa)

El anterior discurso también es mantenido por las profesionales sanitarias informantes, las cuales destacan la poca visibilidad de la figura masculina durante la hospitalización.

*“No, pero aquí ya sí que el padre completamente desaparece, si se implica poco en el embarazo y el parto, aunque cada vez más y algunos se implican muchísimo, pero en general se implican poco, en el puerperio ya, es como ahora ya sí que la que has parido eres tú, esto son cosas tuyas.”* (Alba)

*“Yo creo que el único que le involucra es la mujer, si ella quiere, el resto no, los profesionales para nada, para nada, es que eh yo creo que se ignora al marido eh, muchísimo.”*(Lara)

En esta etapa las parejas requieren de ayuda y la comunicación con los/as sanitarios/as se presenta como la herramienta adecuada para responder a sus necesidades y demandas<sup>780</sup>, considerando que en el padre también se dan cambios fisiológicos como respuesta al estrés del recién nacido, siendo sensibles a las señales del bebé, estando capacitados para reaccionar de forma adecuada.<sup>781</sup>

La alimentación del recién nacido/a se presenta como una de las preocupaciones principales a las que los/as entrevistadas hacen referencia cuando hablan sobre su experiencia, tanto si es materna como si optan por lactancia artificial. Desde las instituciones sanitarias, siguiendo los criterios de la OMS se insta a las mujeres para que amamanten a sus hijos/as como la opción que aporta más beneficios en todos los sentidos. Aunque la lactancia materna es un proceso natural, fisiológico, se acompaña de un aprendizaje mutuo madre/recién nacido/a se ve influido por multitud de factores externos a la diada que pueden dificultar su inicio y hacen que las mujeres precisen de atención por parte de los profesionales. Algunas de las mujeres que participan en el estudio se encuentran con dificultades durante la instauración de la lactancia materna, lo cual da lugar a que demanden apoyo y ayuda a los profesionales sanitarios. Para la mayoría de las mujeres de nuestro estudio la lactancia materna se presenta

<sup>780</sup> Díaz J, Catalán D, Fernández MM, Granados G, La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud, Gac. Sanit., 2011; 25(6).p.484.

<sup>781</sup> Maldonado-Durán M, Lecannelier F. Op.cit.2008.p.150.

como la opción principal para alimentar a sus hijos, pero cuando se refieren a ella transluce la dualidad que le supone para la mujer, donde por un lado resaltan los aspectos positivos ligados a su elección personal, pero por otro lado hablan de lo que para ellas supone la lactancia materna desde su óptica personal, donde no todo es tan perfecto, se acompaña de complicaciones y una fuerte dependencia para la mujer lactante. Al igual que otros estudios<sup>782</sup> la alimentación del bebé se presenta como uno de los aspectos con mayor demanda de apoyo, es una decisión que precisa ser respetada, las mujeres perciben presión respecto a la elección personal, a lo que se le une la inseguridad y confusión cuando reciben mensajes contradictorios.

*“(...)de hecho hablo en presente porque seguimos con la lactancia, eh, a ver yo estaba convencida de que quería darle el pecho, por lo, lo he hecho porque yo quiero, y entonces como me parece algo positivo, pues yo... a ver es duro y verdad que es algo que es muy cansado, y al final eres tú la que... y que encima, eh a mi concretamente la niña ni ha cogido biberón ni tetina de chupete, entonces claro es duro porque solo eres tú, (...), um es muy duro, o sea, por las noche si se despierta la tengo que coger yo, o sea no, no es que digas te pongo el chupete, o te doy el biberón o... tengo que ser yo, es muy duro, pero también es muy bonito, no sé.”(Julia)*

*“A ver a mi me está gustando porque sé que es lo mejor, pero es duro.*

*-Dura ¿en qué sentido?*

*Es duro pues estar pendiente siempre, o sea yo no pudo salir de casa sin, sin decir “uy no me puedo quedar más o ...”; que a mí ya me da igual darle en cualquier lado, pero ella ya es que esto, la quiero dejar un ratillo para yo hacer cosillas pues no puedo, tengo que estar muy cronometrada, entonces es durillo en ese sentido, o que no pueda por ejemplo, en la noche que no pueda darle otra persona, pues en ese sentido.” (Lucía)*

Para Elisa la experiencia de la lactancia materna se ha convertido en uno de los principales ejes de la maternidad durante los primeros meses de vida de su hijo, pero tras enumerar los que considera positivo: *“inexplicable, porque es más, es más que alimentar a tu bebe, es, es, no sé si me gusta más a mi o a él, o sea no lo sé, es genial, muy bonito”*; muestra aquellos aspectos que no son resaltados, y que ya han aparecido en los otros relatos, los cuales acompañan al proceso, las complicaciones que se encontró: *“(...) lo que tuve que hacer es sacarme la leche y darle el pecho, y después un biberón con mi leche para eso, y fueron en total 15-20 días que estuvimos haciendo eso y fue durísimo, fue, porque si pedía cada hora y encima te sacas, no tenías, hay sí que fue muy duro, no tenía tiempo para nada.”(Elisa)*

La actitud que presentan los/as profesionales hacia la lactancia, tanto materna como artificial, como interaccionan con las madres cuando tratan este tema influye de forma directa en la percepción que desarrollan respecto a la lactancia.

---

<sup>782</sup>Díaz J, Catalán D, Fernández MM, Granados G.Op.cit, 2011.p.488.

*Lucía-“(...)te intentan ayudar pero yo creo que todavía no está muy eso, porque cada una”*

*-Álvaro: cada una te dice una cosa-,*

*-Lucía: entonces claro, tu más o menos llevas la idea de lo que te han explicado, (...), pero si cada una te decía una cosa. Si vas sin ni idea la verdad que te vuelven un poco tarumba, porque ya con idea te dice cada una, una cosa así que, pero bueno.” (Lucía)*

*“(...)si te vuelven loco, se contradicen, una viene y te dice una cosa, y otra te dice otra, claro no sabes, porque por mucho que te han informado no sabes, no sabes si lo estás haciendo bien, si lo que te dicen ellas es correcto, si haces lo que te da la gana a ti y acabas... (...). Llega otra y te coge la teta como si fuera un estropajo y se la mete a la niña en la boca “no, no pues no lo va a coger”, si quiero que te quedes aquí conmigo y me digas ponla así, que así te lo va a coger mejor, pues ahí eso no lo vi, no vi la atención esa.” (Sofía)*

La lactancia materna se presenta en multitud de ocasiones como un aspecto que ejerce presión en las mujeres que acaban de ser madres, las cuales quieren lo mejor para sus hijos/as, en ocasiones esta presión refuerza la visión biologicista de la maternidad. Los discursos, las recomendaciones o indicaciones que los profesionales sanitarios dan a las mujeres en este periodo donde la inseguridad está muy presente son clave en las decisiones posteriores que toman estas madres, por ellos cualquier actitud del profesional en referencia a la lactancia materna, desde la personalización, apoyo y ayuda en la instauración de la lactancia hasta la falta de sensibilización en la asistencia que se presta influirá en la decisión de la pareja. De sobra son conocidos los beneficios de la lactancia materna frente a cualquier preparado artificial, de modo que las actuaciones de los profesionales sanitarios que prestan atención a la pareja durante los primeros días tras el nacimiento van encaminadas a favorecer la lactancia materna, pero como nos muestran algunas de las informantes del estudio en ocasiones los profesionales sanitarios actúan basándose en los criterios que muestra la evidencia científica desde una posición paternalista, donde no se respetan las diferentes opciones o alternativas personales de cada mujer/pareja, lo que lleva a que las mujeres nos relatan lo que han considerado “situaciones desagradables” en torno a la lactancia, lo asocian a un mal trato por parte de los profesionales, que se suma a la su situación personal de adaptación donde está presente una fuerte labilidad emocional.

Sara nos relata su experiencia particular en referencia a la lactancia materna y la relación con los profesionales durante su estancia hospitalaria y las visitas de control pediátricas, tras dificultades iniciales en la instauración de la lactancia materna después del ingreso hospitalario de su hijo decide realizar una lactancia mixta, opción personal para alimentar a su hijo, que no es compartida por alguna de las profesionales que le asisten, con su experiencia muestra como se le sanciona al no cumplir con lo que se espera de ella, tanto en el hospital como en la consulta de enfermería pediátrica se encuentra con que no apoyan su decisión personal, en



ambos episodios relata sus sentimientos relativos a las situaciones donde se cuestiona su elección.

*“(...) como me dijo “bueno pues a ver quién te piensas tu que va alimentar a tu hijo”; vamos a ver, si no puedo darle el pecho hay otros medios, yo a mi hijo no lo voy a dejar morir de hambre. Entonces me, quizás me tocaron las pro, pro lactancia, que yo estoy a favor de la lactancia materna, porque creo que el vínculo que voy a crear con él, y me gusta, me gusta ponerlo al pecho y que se enganche, pero creo que hay que respetar porque hay veces que o bien o no se puede o no se quiere, entonces, hay que respetar. (...) entonces es un poco de agobio, y solamente es la única opción la lactancia materna, la lactancia materna o la pastilla.” (Sara)*

*“Entonces, y el día que fuimos, le dieron el alta el 29 de septiembre, pues yo creo que fue ese día o al siguiente fuimos al, al centro de salud para pedir cita con la enfermera, con la pediatra, y te atiende la enfermera, y yo se lo dije a Nicolás, me da rabia porque yo no soy una persona mal educada y digo no me gusta ponerme borde con la gente, pero es que te tienes que poner borde porque me dice la enfermera: “¿qué, le estas dando pecho?”, y dije no, digo: “le estoy dando el biberón, me estoy sacando la leche y tal”, y insistiendo en que tenía que dar el pecho, y ya le dije “a ver si he dicho que no es que no”, o sea, y no me gusta llegar a ese término, pero es que te obligan a llegar a ese término.*

*-Investigadora: como que te sientes como que...*

*-Como que no eres madre, si no le das el pecho como que no eres madre.” (Sara)*

Verónica habla de las dificultades que encuentra para instaurar una lactancia materna efectiva y como pesar de que los discursos de las personas que le prestan atención se dirigen hacia la promoción de la lactancia materna: *“(…), y lo que sí que están motivando es para que siga manteniendo la lactancia materna a pesar de que para mí está siendo horrible porque me saca la leche con el saca leches un montón de veces al día, (...), y esa es mi vida saca leches y mi niña”(Verónica);* para ella la lactancia materna se presenta como un fuerte sacrificio que acepta en beneficio de su hija, lo cual recuerda a la imagen de “buena madre”, ya descrita, retrato de la mujer que antepone el bienestar de toda la familia por delante del suyo. Al margen de lo anterior, ella no se ha sentido apoyada o acompañada en el proceso, habla de su desconocimiento respecto a los cuidados del bebé, de la inseguridad que surge al llegar al domicilio: *“(…)ninguno te ha dado herramientas para poderte desenvolver en caso de tener un problema, porque el problema de todo esto es que luego tu llegas a casa y estas tu sola con tu bebé y todo lo que te pasa te pasa a ti sola, y eres primeriza, y por mucho que tengas a lo mejor madres, abuelas o tías están a lo que están que es a disfrutar de la nena “uy que bonito, que mono, tal” , sabes, pero nadie te ofrece en ese momento te ofrece recursos para salir adelante, entonces esta gente lo que tiene que hacer es orientarte “mira si te sientes así, si te pasa si, tienes que hacer esto o tienes que hacer lo otro o busca más ayuda”, sabes, entonces yo me he sentido desasistida, en el momento del parto, desde que la niña nace, de ahí en adelante estas*

*desasistido, esa es mi sensación, o sea me he sentido abandonada, y los pediatras fatal, ellos es como nada con que engorde me llega.”(Verónica)*

Ese punto de sacrificio también se repite durante la narración de la experiencia de Marisa, al hablar sobre la lactancia y los problemas a los que ha hecho frente y que aún se mantienen durante el transcurso de la entrevista tras 3 meses de lactancia materna, esta situación le ha llevado a iniciar el destete de su hijo, lo cual para ella se presenta como un episodio crítico, en el cual se ha sentido apoyada por parte de su matrona de referencia, rompiendo el estereotipo de la madre ideal sufridora, ayudándole para no sentirse culpable por no continuar lactando.

*“(…) ya no aguanto más del dolor, y entonces le estoy empezando, claro la matrona me ha dado ánimos, dice “no te preocupes, dice, no te sientas frustrada que has estado 3 meses dándole el pecho, entonces ahora poco a poco pues...”, porque claro yo le dije “ya no aguanto más, yo quiero írselo retirando poco a poco, porque que ya es un dolor insoportable.”(Marisa)*

Siguiendo con la idea anterior respecto al imaginario que compone la maternidad, donde la lactancia materna también tiene cabida como uno de los requisitos con los que cumple la madre ideal, para una de las mujeres que nos relatan su experiencia, habla de la lactancia materna desde su punto de vista personal, lo cual refiere sentirlo como una obligación, para Pilar la lactancia materna no cumple con la idea que le han transmitido, situación donde la madre siente plenitud como mujer, a pesar de lactar a su hijo, rompe con el estereotipo de mujer –madre nutricia como situación idealizada.

*“Para mí tampoco está siendo tan especial como cuentan.*

*-Investigadora: Pues cuéntame que te supone a ti.*

*- Es que tampoco, llora, come y ya está, quiero decir, no lo veo ahí como una superunión, es más quiero que tome biberón y no lo quiere ni a tiros.” (Pilar)*

Para Sofía el conseguir una lactancia materna exclusiva bien instaurada ha supuesto un éxito, tras superar las complicaciones iniciales: *“Para mí ha sido un alivio, un alivio el pensar que yo puedo alimentar a mi hija, eh de la mejor forma, que dicen que es la mejor forma, y que lo haya cogido tan bien.”(Sofía)* Cumplir con lo que se espera de ella, con el estereotipo de la maternidad le permite sentirse “aliviada”.

Emitir juicios de valor en referencia a como la mujer cuida de su hijo/a, los cuales no incluyen al hombre, sigue reforzando el reparto desigualitario de las tareas reproductivas, donde el mayor peso sigue cayendo en los hombros femeninos, como nos muestra el ejemplo que nos relata Sofía, donde los aspectos ligados al cuidado de los hijos/as se dirigen en exclusiva a la mujer, situación que se sigue transmitiendo en la actualidad. La bibliografía<sup>783</sup> destaca como el padre se convierte en el apoyo emocional, práctico y físico para promover la lactancia materna

<sup>783</sup> Romeu M, Morilla MT, Fernández J.Op.cit. 2015.

exitosa y enriquecer la experiencia en ambos progenitores, pero este aspecto no ha sido señalado en nuestro estudio por ninguno/a de los/as informantes.

*“Tampoco te enseñan a cambiar un pañal, ni a darle el biberón, bueno son cosas que yo pues porque he tenido una hermana pequeña y hay bastante diferencia de edad y sabes, o pues mira la prima de él que ha tenido una niña también y estuvimos un día cambiando un pañal, que es la mayor chorrada del mundo pero, pero lo dan por supuesto, y si te ven dándolo mal te dicen “vaya madre” como he odio yo a alguna por ahí, “vaya madre que no sabe dar ni el biberón a su hijo.” (Sofía)*

En los relatos de matronas y ginecólogas respecto a la alimentación de recién nacido se repiten las ideas, por un lado destacan la superioridad de la lactancia materna, pero en todo momento hablan de la necesidad de “respetar” las opciones personales respecto a la decisión que toma la pareja, apoyándoles en el camino que han elegido. Estas profesionales tienen presente como bajo la influencia de los discursos que vierten los/as profesionales de la salud en los que elogian los beneficios de la lactancia materna en ocasiones se actúa con gran rigidez, no dejando espacio para el resto de alternativas.

*“Pues yo mira yo lo que creo, lo que creo es que estamos, pasamos de un extremo al otro, entonces hemos pasado como por modas, o sea, antes todas las mujeres daban el pecho al niño, la mayoría, y entonces, era todo normal, todo tal, de repente una moda que bueno que los niños mucho mejor con el biberón, que es mucho más cómodo, que déjate de tal, que no sé qué, bueno pues todos los niños daban, todas las madres daban biberón. Ahora ha vuelto otra vez la lactancia materna, entonces, parece que ha sido una cosa que se inventó ayer, entonces es una moda, y al niño le das no sé cuántos años y no sé qué, y entonces la que hace, da a los hijos en tándem, la que le da hasta que el niño tiene 6 años casi, bueno eso es lo ideal, lo ideal, lo mejor del mundo mundial. Yo creo que es personal, cada uno le da el tiempo que quiera, el que ella considere y su hijo quiera, y que no pasa nada, entonces cual es el problema, pues que ahora los profesionales, que ahora los profesionales son, somos, a veces yo no, no lo he hecho nunca ni lo hago, muy rígidos, entonces obligatoriamente tienes que darle el pecho, el niño casi se deshidrata y no le dan un biberón ni una esa porque el niño tiene que mamar(...).”(Lourdes)*

*“Pues a lo mejor no tanto, sabes, porque ahora como la idea es promover la lactancia materna y esta fenomenal, pues yo creo que a veces estigmatizamos un poco a las que no quieren dar el pecho y tampoco es eso(...);y entonces se les presiona tanto que a veces en un momento que decimos normalmente estas ya muy alterada, más luego todas las responsabilidades que se te vienen encima, más si encima le añades una sobrecarga ahí como que la estas culpando un poco por no dar el pecho a su hijo, yo creo que al final la hundes en la miseria sabes, es, es, se ha pasado de al revés, de todo artificial a tanto, tanto lactancia que condenamos un poco, yo creo que las condenamos a las que no quieren dar el pecho, y no es cuestión tampoco, sabes, que decidan un poco lo que quieran, tú lo aconsejas y intentas convencerlas un poco, pero*

*bueno hasta cierto punto, sabes, porque ellas son las que tiene que decidir, sabes.”*  
(Macarena)

*“Yo creo que ahora mismo a las mujeres que deciden una lactancia artificial en principio, las miramos un poco como bichos raros, ¡no porque tienes que dar la teta!; pero yo creo que es tan respetable una cosa como otra, um, tenemos el deber de informar y que cada una decida lo que quiera. Hay cierta presión respecto en cuanto a la lactancia materna desde el punto de vista del profesional, si desde todo, si porque a la primera que dice “no, no le voy a dar el pecho”, siempre intentamos que, convencerla, siempre sí, pero bueno.”* (Paula)

## 2.2.LA NUEVA FAMILIA EN CASA

La llegada al domicilio es uno de los momentos más vulnerables en la transición hacia la maternidad y paternidad, en la actualidad los núcleos familiares son pequeños, y la llegada al domicilio familiar se suele presentar como la primera oportunidad tras el nacimiento en la cual los tres miembros de la familia se encuentran en soledad y se enfrentan con su realidad personal. En ocasiones esta nueva situación supera aquello para lo cual la pareja se sentía preparada, situación que no se corresponde con lo que se presenta en la sociedad como el imaginario de la mujer-madre, la cual en todo momento sabe y conoce lo que tiene que hacer por el hecho de ser mujer, ambos miembros de la pareja experimentan la transición, la adquisición del nuevo rol desconocido tanto para la madre como para el padre. En este momento puntual coincidimos con otros estudios en los que se destaca la percepción de las parejas respecto a la dificultad que presenta el sistema sanitario para cubrir las necesidades sentidas en esta etapa<sup>784</sup>.

*“(…)que no, que no, que no, que el niño no es tan fácil como nace, huele , trepa y coge el pezón, es que , a ver, es que es así, me pase 10 clases de preparación al parto oyendo la misma cantinela repetida una y otra de vez de forma obsesiva, y no, nadie me habló de los problemas que se pueden producir en la lactancia, de las grietas en los pezones, de que te baja o te sube la producción, de que abra días que no come y días que sí , de que no es tan fácil que te trepe ni que te repte ni nada de eso, de que te vas a sentir sola por muy acompañada que estés.*

*-Investigadora: o sea, lo que viene a ser, ¿nadie te informó de lo que era un puerperio?*

*Nadie, nadie te informa sobre el puerperio que es realmente más importante casi que el parto, porque el parto hay un montón de profesionales que saben lo que tienen que hacer y tú, no sé, tú lo padeces, tú lo padeces el parto, y es un día o un ratito, es un día o un ratito y si se terea muy mal, muy mal, te meten en quirófano, te meten en quirófano y te lo sacan, y eso tu ahí no tienes que intervenir. Y nada, pues realmente en el puerperio, sabes, o sea, para mí las clases de Preparación al parto han sido ridículas*

---

<sup>784</sup>Berlanga S, Vizcaya MS, Pérez RM, Percepción de la transición a la maternidad: estudio fenomenológico en la provincia de Barcelona, Aten Primaria, 2013;45(8).p.410.

*en comparación de lo que necesita una mujer para parir y para pasar el puerperio, eso es.” (Verónica)*

*“Que a mí me entró, bueno a parte de la depresión, tal, yo estaba cagada, vale decía, porque está Andrés, pero el día que empiece a trabajar Andrés yo no voy a saber a hacer nada, no voy a saber nada y unas lloreras y, luego ya si sabes claro, menos mal que él se manejó bien, si no se llega a manejar bien yo que no podía casi ni moverme, y el que no se manejaba pues no hacíamos nada, pero si se manejó bien el hacía todo.”(Isabel)*

Durante la gestación y el parto la mujer se encuentra rodeada de profesionales sanitarios que están a su disponibilidad, y por el contrario como refiere Verónica, en el puerperio, etapa de mayor vulnerabilidad, dudas e inseguridades para la pareja, cuando realmente perciben la necesidad de información, apoyo y ayuda no perciben que sean cubiertas. Las profesionales sanitarias en sus entrevistas tienen presente la necesidad de apoyo a la pareja durante el puerperio y coinciden con las parejas al considerar que durante este periodo no se responde a las necesidades asistenciales del momento expresadas.

*“(…) claro se les deja como muy solinas al final, yo creo, en ese momento que, que estarán perdidas ahí con un retoñin, que llora que no saben cómo, cómo hacer, pues de repente yo creo que se les deja muy desprotegidas hasta que vuelven a tener una consulta con un profesional, con una matrona por ejemplo en este caso, pues están me imagino bastante solas.” (Carmen)*

*“(…) yo lo he hablado mucho, que eso, que todos los cambios que implica después, más allá de una vez que nace el niño, es que no se trata nada y, y quizás es lo más gordo del asunto, porque al fin y al cabo, el embarazo son 9 meses, el parto es un día, pero luego todo lo demás te queda pa’ siempre, y saber, y eso no se tiene nada en cuenta.” (Alba)*

*“Yo me imagino que alguna visita más, incluso, igual que en el embarazo se hacen muchas visitas y a lo mejor no son tan necesarias, porque en el puerperio a lo mejor es una etapa que está un poco abandonada y que a lo mejor puedes coincidir con unos profesionales que están muy pendientes, porque te hacen un sistema de puertas abiertas que vengas, pues a lo mejor durante la lactancia acompañarlas más, durante el puerperio en general.”(Gabriela)*

Las diferentes experiencias relatadas nos hablan de que no se les muestra la realidad de lo que se van a encontrar tras el nacimiento de su hijo/a, que la información que reciben al respecto en los diferentes encuentros asistenciales con los profesionales de la salud, como puede ser la preparación a la maternidad y paternidad, no se corresponde con la realidad vivida tras el parto, situación que se acompaña también desde la sociedad, la cual se encarga de transmitir una imagen de madre y padre donde solo se muestra lo “bonito”, los aspectos positivos de la nueva etapa, y no se habla con claridad al respecto, que existen complicaciones, que no es sencillo y se requiere un proceso de adaptación en el cual se deben superar barreras. Como se

refiere en la bibliografía<sup>785</sup>, en esta nueva etapa aparecen “*sentimientos encontrados y de desencanto*”, la situación real no se corresponde con la ideal esperada.

*“Manuel-Desde que nació o todo.*

*Verónica-Dilo, dilo con todas las palabras: ¡una puta mierda!*

*Manuel-No, La verdad es que llevo, no, el embarazo no, el embarazo no ha sido malo y no, pero los 3 meses con la niña,*

*Verónica- ¡Un infierno!*

*Manuel-una mierda y además se lo he dicho directamente al que me preguntaba, se lo he dicho así, sí, sí. Todo el mundo pues parece que un niño, que es así, o tiene ser así, una mierda, no he disfrutado de la niña, no he disfrutado de mi hija realmente, como todo el mundo piensa, hombre yo no soy, no me considero tan inútil como para no sacar adelante a una bebe, para no sacar adelante a un bebé, porque un bebé come, duerme y caga.”*

Tanto Verónica como Manuel hablan con claridad de los sentimientos que les ha provocado la maternidad y paternidad, lo cual ha supuesto una fuente de conflicto tanto en la pareja como en lo personal e individual de ambos, Manuel refiere que percibe como la sociedad no muestra los aspectos negativos ligados a los diferentes cambios que conlleva la paternidad, lo cual también comparte Verónica, para ella no mostrar lo que se pueden considerar puntos conflictivos en relación a la maternidad es una estrategia de la sociedad cuyo fin es perpetuar el estereotipo femenino de imagen maternal ideal como objetivo de la vida de las mujeres, hablan de la necesidad de modificar esta imagen, de tratar desde la propia asistencia sanitaria los aspectos psicológicos, ya que para ella en ocasiones se olvidan, este aspecto también lo comparte Manuel, refiere que no se contempla la parte afectiva de la paternidad dentro del proceso asistencial al nacimiento, al ser un aspecto relativamente nuevo.

*“(…)tanto en el hospital como en, en el centro de salud no son suficientemente realistas sobre el parto y el puerperio.(…) entonces creo que no se habla claro, se mitifica esto, es un cuento Disney esto y se vende, y sobre todo el fin de que se maquille es la venta, la venta de, de la maternidad y de la lactancia eh como un producto, y es la venta.”(Verónica)*

*“Hombre eso sí, claro nunca lo podré sentir, pero también es bueno que no sintiendo o estar tan hormonado tenga la misma sensación de impotencia, claro quiero decir, claro, no bueno “es que usted está loca”, entonces, “no perdona, es que mi mujer no es que este loca, es que yo sin tener esos cambios hormonales estoy loco y no es por los cambios hormonales”, quiero decir, que el problema es la niña”. (Manuel)*

---

<sup>785</sup> Berlanga S, Vizcaya MS, Pérez RM. Op.cit.2013.p.414.

Hugo y Andrés también hablan de la paternidad, sus experiencias como padre, nombran tanto los aspectos positivos como los negativos que le acompañan, ambos mantiene un discurso similar, donde destacan la su edad como factor que determina sus percepciones respecto al nuevo rol.

*“Muy bonita, no sé, es que es un cambio muy radical, y cuando te pilla como a mí que ya soy pues eso, un padre mayor como digo yo, pues es más complicado, no más complicado si no lo que pasa es que ya tienes más manías como yo digo, ya tienes pues eso, pero no lo cambiaría por nada, o sea muy bonito.”(…) sí que es verdad que no se si también influye el haberlo pasado mal 2 años, o sea el estar ahí, o sea yo es que no le veo el lado malo nada ahora, o sea lo veo todo bien, aunque sí que es verdad que estoy cansado, no duermo, hombre estoy hecho polvo, o sea yo antes estaba más relajado, vivía mucho mejor.”(Hugo)*

*“Hombre, es, es cansado, y más a mi edad sabes porque Isabel todavía es joven, pero yo ya soy mayor y estoy cansado, “ostia, no es lo mismo con 30 que con 40, eh”, claro es que yo me noto muy cansado, pero después le ves la cara al niño y se te quita todo”.*(Andrés)

Como nos muestran los informantes ambos miembros de la pareja encuentran obstáculos al adquirir el nuevo papel tras el nacimiento de su hijo, los padres también pasan por el proceso de adaptación, que influye en la relación de pareja, donde este periodo puede suponer una dificultad en la relación de la pareja, como sucede con Julio o Adriana, o al contrario, unirlos al compartir los cuidados de su hijo/a como nos muestra Pedro.

*“En la relación de pareja siempre había sido buena, porque es verdad que nunca habíamos tenido problemas, pero yo creo que desde la paternidad ha sido mejor todavía, si yo creo que si, en nuestro caso, (...) compartimos más cosas, claro los dos intentamos buscar los huecos que nos deja el trabajo para estar con la niña, y muchos ratos, sobre todo el fin de semana, pues intentar salir juntos con la niña, hacer cosas juntos”. (Pedro)*

*“(…), y es aunque te lo cuenten, aunque lo hayas oído mil veces te entra una angustia, un, claro ahí es donde pueden venir discusiones, nosotros sí hemos discutido, llevamos años sin discutir y hemos tenido discusiones en 3 meses, pero bueno tenemos un carácter que de casi siempre arreglarlo, siempre hablarlo y pero bueno no ha llegado a más.” (Julio)*

*“(…), y con la pareja, joer, pues es difícil, y al principio pues eso, eh con cualquiera que esté a tu lado, o sea un niño llorando de continuo te, te provoca nervios, te provoca discusiones, pero es que es así, y con la familia pues yo que sé, también a lo mejor un poco, de, pues eso, donde hay confianza da asco, a lo mejor, bien, pero bueno, pues eso, bien.” (Adriana)*

Tras el análisis de los discursos de las parejas después del nacimiento de su hija/o las parejas nos muestran desde sus puntos de vista personales cuales son las diferentes necesidades de apoyo que han sentido de cara lograr que la adaptación a su nuevo rol sea satisfactoria, puesto que como dice Lucas, perciben que: *(...)hay que estar muy preparado para ser padre me refiero, muy preparado, que tienes que tener las cosas bastante claras.* Las parejas demandan la promoción de clases posparto que donde se sientan escuchados/as, comprendidos/as, se trata de recibir apoyo por parte de los profesionales sanitarios, el puerperio no se trata con la misma intensidad como se hace con el embarazo y el parto. Las demandas son tanto desde la parte masculina como femenina, nos encontramos con que parte de los hombres que han participado en el estudio reflexionan sobre la necesidad de información percibida para ampliar sus conocimientos acerca de los cuidados de un bebé, son discursos mantenidos por aquellos que desean formar parte de la crianza infantil, adquirir sus responsabilidades y compartirlas con su pareja. Investigaciones previas coinciden en enfatizar el apoyo social en esta etapa para favorecer la adaptación<sup>786</sup>.

*“(...)pues sí que creo que se debería después del parto, dar algún tipo de charla, no de curso, sino bueno explicar un poco ciertas cosas que, si o te las explica alguien de tu casa, tus padres, o no tienes ni la más remota idea de cómo funciona el asunto, yo creo que eso, sí que se debería hacer.”* (Héctor)

Las parejas entrevistadas resaltan la necesidad percibida de que los profesionales sanitarios que les acompañan durante el proceso de nacimiento de su hijo/a y la adaptación a su nuevo rol les proporcionen información basada en unos mismos criterios, puesto que la multiplicidad de opiniones junto con el desconocimiento propio de la situación al ser madre y padre primeriza/o no les ayuda cuando intentan adaptarse a la nueva etapa vital.

*“(...) y luego yo creo que deberían centrarse más en las dificultades, o sea, de nada me vale, yo que sé, es que no sé qué temas tratamos pero..., me, me, creo, creo que deberían centrarse más eso, en decir es duro, sabes, porque yo creo que hay depresiones posparto y cosas de estas y visto ahora lo entiendo, lo entiendes, porque a mi ese primer mes me superó un montón, entonces yo creo que debería apoyarse más a la madre en ese punto.”* (Adriana)

### **2.3. IMPLICACION MASCULINA EN LOS CUIDADOS DEL BEBÉ**

*“(...)el pecho no se lo doy porque no puedo”.* (Andrés)

Conocer como es la distribución dentro de la pareja de los cuidados de los hijos/as es uno de los objetivos que se planteaban al inicio de la investigación, durante el transcurso de las entrevistas las parejas nos relatan cómo participa cada uno de ellos, cual es la distribución del

---

<sup>786</sup> Berlanga S, Vizcaya MS, Pérez RM. Op.cit. 2013.p.415.



tiempo de forma individual, que parte del mismo dedican al cuidado, y que refieren respecto al papel masculino en la actualidad ligado a la crianza.

Tras el análisis de los discursos podemos distinguir dos etapas diferenciadas, la primera, es aquella en la cual la madre se encuentra disfrutando del permiso de baja por maternidad (en otro apartado vamos a hablar sobre los permisos de maternidad y paternidad y la relación que tiene con la vida laboral de las parejas), y la segunda etapa, la cual se corresponde al periodo en el cual ambos progenitores, madre y padre se han reincorporado a la vida laboral, y por lo tanto distribuyen o tienen pensado distribuir su tiempo entre su trabajo fuera de casa y las tareas reproductivas. No todas las parejas entrevistadas atraviesan por estas etapas, nos hemos encontrado con que algunas de las entrevistadas durante la gestación o tras el parto han perdido su empleo, lo cual hace que tras la baja maternal estén en situación de desempleo, y entre los entrevistados también uno de los informantes está en situación de desempleo, y otro de ellos lo pierde antes de que nazca su hija.

En relación con esta primera etapa, todas las mujeres que han sido entrevistadas han disfrutado del permiso de baja de maternidad, incluso aquellas que se quedan sin empleo tras la gestación, esta situación a la cual se suma el escaso permiso de paternidad, repercute en que la figura femenina se convierta en el pilar central en el cuidado de su hijo/a durante las 16 semanas iniciales, a lo cual se suma la dependencia entre madre-recién nacido/a cuando se haya optado por la lactancia materna, que en el caso de las parejas entrevistas encontramos con que en el momento de la entrevista tras el nacimiento del bebé 14 de las 15 mujeres que forman parte del estudio amamantan a sus hijos. Las mujeres durante el transcurso de las 16 semanas que dura el permiso se dedican en exclusiva al cuidado de su hija/a acompañados en mayor o menor medida por su pareja, durante este periodo según lo que nos revelan la distribución o reparto del cuidado no difiere mucho entre las diferentes parejas que conforman la población de estudio, a excepción de aquellos hombres que están desempleados y por lo tanto, disponen del mismo tiempo que su pareja, como por ejemplo ocurre con Verónica y Manuel, Verónica está disfrutando de la baja por maternidad y tras el nacimiento de su hija Manuel está desempleado, esta situación personal les lleva a que ambos participen en esta primera etapa que hemos diferenciado en los cuidados de su hija: *“Llevamos 3 meses los dos a piñón, prácticamente dedicados a la niña”*(Manuel), su caso es especial dentro de los discursos del resto de parejas que participan en el estudio, ambos se complementan y corresponsabilizan del cuidado de su hija, apoyándose mutuamente para superar las dificultades iniciales que han encontrado durante los primeros meses de vida de su hija, problemas con la lactancia materna junto con un ingreso hospitalario de la niña.

*“(...)tengo que decir cómo le veo a él, mucho más implicado, como, si me ocupo de la niña cuando me quiero dar cuenta él ya ha puesto el lavavajillas o ha tendido la lavadora, eso antes no lo hubiera hecho, yo creo, por iniciativa propia, no pero te, tenía que decirle, tenía que decir “hay que poner una lavadora o hay que tender”, (...) y con la niña mucho, porque como yo tengo una lactancia mixta pues yo por ejemplo a lo mejor le doy un poco la teta, y luego él le da el bibe y yo me saco la leche.”* (Verónica)

Desde el nacimiento de su hija Manuel realiza las tareas domésticas, ha ampliado el tiempo que le dedica a éstas, mientras Verónica dedica tiempo para amamantar a su hija, para esta pareja la participación de los dos y el apoyo que se brindan ha sido esencial para superar el puerperio, para Verónica la implicación de su pareja ha sido esencial para superar las complicaciones que han encontrado: *“Si gracias a él porque si no lo tengo a él yo me vuelvo loca”* (Verónica).

Entre todas las parejas entrevistadas no aparece ningún relato en el cual sea el padre el que lleve la mayor carga dentro de los cuidados del bebé durante esta primera etapa de 16 semanas; pero alguno de nuestros informantes como Andrés refiere que el tiempo que está en casa intenta participar en todo lo que pueda en los cuidados de su hijo, llama la atención su implicación en los cuidados: *“Hago lo que puedo, y por la noche siempre lo, duerme de mi lado, el niño duerme de mi lado, y entonces yo siempre me despierto, lo levanto y miro a ver si se ha hecho caca o no, si ha hecho caca lo cambio, y ya le digo “oye que ya le toca”, y si no tiene nada, simplemente lo levanto voy con él hasta la habitación donde le da el pecho y tal, (...) y ya te digo yo me levanto, siempre lo cojo yo, lo llevo hasta la habitación esa, sabes, miro a ver si hay que cambiarlo o no, si no hay que cambiarlo yo ya le digo oye o que toca, y viene ella ya saca el pecho y ya”*(Andrés), este ejemplo se corresponde con uno de los pocos relatos donde la participación masculina no es planteada como un complemento a los cuidados femeninos, se considera parte esencial de los mismos, pero la mayor parte de las experiencias se asemejan más a los que equiparan la participación masculina durante este periodo con un “comodín”, lo que viene a ser una ayuda o apoyo para la pareja, y hablan de ellos en segundo plano en lo referente a la implicación, como por ejemplo el caso de Pilar se encuentra de baja maternal, Julio no tiene trabajo, se encuentra preparando unas oposiciones, y es ella la que se encarga de los cuidados de su hijo, aunque refieren que la situación se invertirá tras la incorporación de Pilar a su puesto laboral.

*“Casi todo lo está haciendo Pilar, porque como yo ando la oposición, en cuestión de 2 meses, no es que ya estoy con exámenes casi (...), entonces yo le hago un poco de comodín, que se tiene que duchar, me quedo con él, que tiene que hacer cualquier historia pues yo me quedo con él, ahora estamos empezando a que tenga un poquito más de tiempo para ella, de vez en cuando pues me quedo con él una horita, si se duerme algo más, pero casi todo lo hace ella por el tema (...), claro que ella querríamos, seguro, claro, porque ella se agobia, pero bueno lo hemos acordado y de momento lo estamos haciendo así. (...). Entonces los cuidados, hombre el día que yo acabe, pues se empezara a e igualar, el día que ella empiece a trabajar pues hay las distintas noches una cada uno a comerse el marrón.”* (Julio)

*“(...)yo es que estoy un poco a expensas de lo que me diga ella “ala vete a cambiarlo, le vas poniendo el pijama y lo vas cambiando mientras que yo, yo que sé”, lo que sea, a la entretenlo para ahí, yo, yo colaboro como en todo lo que me diga o por mí que salga.”* (Juan)

Lucía realiza la totalidad de los cuidados de su hija de lunes a viernes puesto que Álvaro trabaja fuera y no está en el domicilio familiar hasta el fin de semana, durante el cual Álvaro intenta implicarse en la mayor parte de las tareas domésticas y en el cuidado de su hija: *“A ver si, se comparten todas las tareas en la medida de lo posible, de hecho si puedo hago claro todo, todo lo que, mientras ella pueda descansar el fin de semana que es cuando yo estoy, pues, claro yo intento hacer más, pues la comida y limpiar, pues oye todo lo posible.”* (Álvaro) La realidad que surge de la población de estudio se corresponde en la mayor parte de las parejas con la figura de mujer/madre encargada de los cuidados y el hombre/padre participa pero en un segundo plano, durante lo que hemos considerado un primer periodo, como dicen Elisa y Adriana, son ellas las que cargan con la mayor parte del peso del cuidado infantil, las que dedican más horas a las tareas reproductivas.

*“La mayor parte los hacía yo (se refiere a los cuidados de su hijo), hasta que me he incorporado que ya se ha integrado más mi pareja, pero, antes casi todo, la mayor parte lo hacía yo, porque claro es que él trabaja muchas horas y el resto del día he estado yo con él, entonces también hemos aprovechado mi baja para, no sé, pero porque he querido yo, porque ha sido mío, y ahora ya que estamos los dos trabajando, pues estamos haciendo el 50% que diría yo.”* (Elisa)

*“(...) buff, no sé, que la responsabilidad absoluta de la madre que es la que cambia totalmente su vida.”* (Adriana)

En lo que consideramos segunda etapa, la cual coincide con el fin de la baja por maternidad y la incorporación de la mujer al ámbito laboral, en este periodo la situación cambia para algunas parejas, existen diversas situaciones que van desde la reducción de jornada por parte de la mujer, la externalización de los cuidados fuera del núcleo familiar, hasta parejas donde ambos miembros participan de forma equitativa en el cuidado de sus hijo/as, ambos trabajan fuera y dentro del domicilio, aunque la mujer en la mayor parte de las alternativas que nos muestran las parejas sigue siendo el pilar central del cuidado.

Entre las parejas que refieren un reparto equitativo para los cuidados el relato de Elisa nos ilustra con su ejemplo al referir que no existe distinción respecto las diferentes tareas de cuidado, lo cual ha roto con el reparto inicial desigual que habían mantenido hasta el momento: *“Pues por las mañanas lo suelo vestir yo, y luego yo lo llevo a la guardería, y nada y a la vuelta lo va a buscar el también, el suele acostarle, porque estamos intentando que se duerma sin pecho, y sin brazos, y entonces se está encargando él (...), y pues bañarle a días alternativos un día o hago yo, otro día lo hace el, los pañales según nos pille eso no sé”,* esta situación se repite en otras de las parejas entrevistadas: *“Pues totalmente repartidos, bueno aunque le dé el pecho también come, o sea, quiero decir come de cuchara, entonces también le puede dar de comer su padre. Pues nos repartimos, durante todos, o sea, los meses que hemos estado los dos en casa, o sea, que yo no trabajaba, pues igual pañales los dos, eh...baño los dos, paseo los dos, quiero decir que indistintamente; lógicamente si yo ahora trabajo pues nos dividimos, pues te organizas, todos hacemos de todo.”* (Julia) La implicación de Pedro en el cuidado de su hija tras la incorporación de Julia al trabajo es completa, es lo que hemos

denominado corresponsabilidad, ambos reparten su tiempo entre su trabajo y las tareas reproductivas, pero el tiempo que ninguno de los dos está presente el cuidado de la niña se reparte entre una guardería infantil y los abuelos.

#### 2.4. LA RELACIÓN ENTRE LA VIDA LABORAL Y LA MATERNIDAD/PATERNIDAD

*“El velo de la igualdad cubre nuestra conciencia y nos impide ver la desigualdad. De manera paradójica ese velo va a la par de la creencia previa en la desigualdad inherente a la naturaleza de los sexos y la diferencia es considerada indefectiblemente como desigualdad”.*

Marcela Lagarde y de los Ríos<sup>787</sup>

La vida de la pareja tras la maternidad y paternidad es modificada drásticamente, pero en este apartado vamos a tratar como les afecta a su vida laboral, las parejas nos relatan cómo viven su nuevo rol y la influencia que ejerce en la vivencia personal en su desempeño de las tareas reproductivas. Todas las mujeres que han sido entrevistadas al hablar sobre el mundo laboral, refieren que tras el fin del permiso de maternidad desean reincorporarse a sus puestos, y aquellas que han perdido su empleo han iniciado la búsqueda de otro; en el caso masculino tras la paternidad siguen trabajando. En principio, parece que ambos se incorporan por igual a sus empleos, pero cuando analizamos los discursos de las parejas informantes nos encontramos con notables diferencias entre el padre y la madre en relación con la incorporación al trabajo, tras la maternidad las mujeres experimentan un gran cambio, su esfera laboral se ve bruscamente alterada por la maternidad, lo cual no se equipara en el caso masculino. Las parejas hablan de la dificultad para “conciliar” la vida familiar y laboral, lo cual califican de “imposible”, tanto desde la sociedad con sus exigencias, como desde la vertiente legislativa en materia de conciliación de la vida familiar y laboral, *“Pues una mierda, una mierda pinchada en un palo (se refiere a los permisos de maternidad y paternidad), lo puedes alargar más que si la lactancia la juntas y que si juntas las vacaciones, y lo del padre es miserable, o sea nada, nada 15 días, ¿qué haces con 15 días?”* (Isabel), como desde sus propios puestos de trabajo, con horarios inflexibles, hace que las parejas refieran tener grandes complicaciones para compatibilizar los cuidados de sus hijos/as con sus empleos, este discurso es mantenido tanto por las mujeres como por los hombres.

Coincidimos con Marlene Molero<sup>788</sup> cuando dice que *“Los problemas de conciliación entre la vida personal, laboral y familiar de las trabajadoras, son prueba de que la igualdad real, plena y efectiva de mujeres y hombres es hoy una tarea pendiente”*, las mujeres se han ido incorporando de forma progresiva en el mundo laboral sin abandonar su protagonismo doméstico, por ello se debe tener precaución al establecer las diferentes medidas de conciliación evitando un efecto indeseado que discrimine a la mujer y potenciando la corresponsabilidad con medidas dirigidas a ambos miembros de la pareja, como nos muestran

---

<sup>787</sup> Lagarde M. Op.cit. 2011.p.30.

<sup>788</sup> Suárez MM, Maternidad, paternidad y Estado: Los derechos de conciliación como desarrollo del derecho a la igualdad entre mujeres y hombres, *Ius et Veritas*, 2015; 19(39):224-43.

las informantes del estudio , este tipo de medidas siguen siendo casi exclusivamente de disfrute femenino.

*“No, no por lo menos en mi empresa no, por lo menos, 9 horas y media trabajando como un cabrón, no es reciproco “ah como has tenido un niño y queremos que disfrutes pues te vamos a facilitar las cosas”, al menos en mi empresa ya te digo, me gustaría trabajar menos y ese pelín menos dedicárselo para niño sobre todo”. (Juan)*

*“(…) si es que dicen “si es que es una sociedad de personas mayores la gente no tiene hijos, solo tiene 1 hijo”, pero claro cómo te vas a poner, si trabajando todo el día, los niños en la guardería, en el colegio, todo el día o con los abuelos.”(Marisa)*

A pesar de que ambos hablan de las dificultades a las que se enfrentan a la hora de compatibilizar vida familiar y laboral, entre las personas que han participado en nuestro estudio son las mujeres las que modifican en caso necesario sus empleos para poder ejercer las tareas reproductivas. Constatamos que son pocas las parejas que refieren haberse planteado modificar sus horarios laborales o reducirlos para emplear ese tiempo en el cuidado de sus hijo/as, pero cuando si lo hacen, son las mujeres las que acceden tras la finalización del permiso de baja por maternidad a las diferentes medidas legales para reducir o modificar su tiempo laboral, medidas que también podrían ser adoptadas por los hombres, pero sin embargo son una minoría los que piensan en esta posibilidad. Cuando las parejas buscan externalizar los cuidados, los apoyos los buscan entre ayuda familiar, donde la figura de las abuelas cobra protagonismo en los relatos, y la otra opción son las guarderías infantiles. Por ello es tras la baja por maternidad cuando surgen las dificultades para compaginar las tareas de cuidado y laborales, los estrictos horarios llevan a derivar el cuidado en otras personas, las redes de apoyo a las parejas cada vez son más deficitarias y las mujeres siguen siendo las que cargan con el mayor peso respecto al cuidado, lo que les lleva a estar sometidas a contrariedades, por una lado se les exige un alto rendimiento y disponibilidad en sus puestos de trabajo y a la vez son consideradas las responsables del futuro de su descendencia y las culpables de los posibles problemas que surjan<sup>789</sup>. Las mujeres incorporadas en la producción social deben cumplir con el doble trabajo: productivo y reproductivo<sup>790</sup>.

*“(…)una vez de que te incorporas ahí ha sido cuando ya un poco la locura, ha sido un poco de locura, está siendo un poco de locura.*

*-Investigadora: ¿Por qué?*

*Pues yo creo que también porque además es muy pequeño, porque no incorporamos muy pronto que, y dios mío, y doy gracias de que yo me incorporo, que yo soy autónoma, cuando quiero, cuando puedo y tal, que trabajo desde casa, que sabes, que en todo momento tengo la facilidad, pero vamos, tengo a mi madre, tengo a mi suegra, tengo muchísima ayuda y es una locura.”(Nuria)*

---

<sup>789</sup> Maroto G, García MM, Mateo I.Op.cit. 2004.p.18.

<sup>790</sup> Lagarde M. Op.cit.2011.p.131.

*“(...) ya lo habíamos planteado, que yo me pidiera una excedencia, por lo menos ehh, que pase el verano, y luego una reducción de jornada, es que yo con el horario que tengo que hago con el niño, todo el día en la guardería, porque yo de 9 a 2 y de 4 a 7:30, porque Víctor igual, de 8 a 2 y de 4 a 7, o sea que, con esos horarios, y nuestros padres están en el pueblo no tenemos aquí a nadie, claro, es imposible, y por eso mejor yo ir solo por la mañana y el si lo puede recoger a las 2 perfecto, y si no lo recogería yo a las 3.”(Marisa)*

Son las mujeres las que adoptan las diferentes medidas para compatibilizar la vida familiar y laboral, la totalidad de las informantes disfruta de la baja por maternidad, todas a excepción de Claudia lo hacen a tiempo completo, ella supone una excepción puesto que tras las 6 semanas obligatorias de baja por maternidad a tiempo completo se ha incorporado a su empleo haciendo uso de una baja parcial de maternidad donde ha seleccionado su horarios, el cual ha reducido, situación que se permite al contar con el apoyo de su madre para el cuidado de su hija, puesto que se ha trasladado a vivir con su pareja al domicilio de sus padres, esta situación es diferente y particular, es una solución que no se repite en ninguna otra experiencia.

*“Pues mira, yo creo que para irte, yo en mi caso porque me han permitido bajar a darle el pecho y tal, pero yo considero que se tenía que tener más tiempo aunque eh, quiero decir, te incorpores dentro de las necesidades de cada uno, es decir que puedas adaptarlo a ti, yo por ejemplo creo que para irte a la 6ª semana y dejar a la niña e incorporarte parcialmente es muy pronto”. (Claudia)*

*“Hombre también tienes la posibilidad, para poder hacer todo esto, tiene la posibilidad de que puedes dejar con alguien a la niña, porque si no tuvieras a nadie, pues eso ya es harina de otro costal, eso ya lo tienes que haber pensado, planteado de, el tema, y decir “bueno lo mismo tengo que coger la baja completa durante todas las semanas que me permiten, coger luego los 15 días de lactancia”. (Héctor)*

Son las mujeres las que hablan sobre las complicaciones experimentadas a la hora de la incorporación al mundo laboral tras el nacimiento de sus hijo/as, hablan de la escasez de tiempo para la crianza una vez que accedes al mundo laboral, lo cual en primer término dificulta al padre su implicación en los cuidados tras el nacimiento, y luego se repite cuando la mujer se reincorpora. Cada pareja tiene sus circunstancias particulares que les diferencia, pero entre todas las experiencias se repite que en caso de necesidad de reducir horarios laborales o acceder a una excedencia por trabajo, tanto si trabajan por cuenta ajena o son autónomos/as, son las mujeres las que solicitan estas medidas, en el caso de nuestra investigación hablamos de edades tempranas, antes de que el bebé cumpla un año. Judit y Lucas son autónomos, pero es ella la que reduce y modifica sus horarios de trabajo tras la baja por maternidad para dedicar el tiempo al cuidado de sus mellizos, *“hombre pues en mi trabajo por la decisión que he tomado de no trabajar tanto para poder estar con ellos, pues, pues claro, ahora trabajo un 15 % de lo que trabajo antes” (Judit)*, mientras que su pareja continua con su horario, *“yo me voy a las 7 de la mañana y llego a las 8 de la tarde”.* (Lucas)

Las exigencias del mundo laboral no contemplan las necesidades de las parejas para la crianza infantil, *“la conciliación familiar y laboral que es una utopía en el 90% de las empresas”* (Sofía), la imposibilidad de cumplir con ambos objetivos de forma completa, puesto que el tiempo es limitado, lleva a las mujeres a experimentar diferentes sentimientos contradictorios donde se enfrentan su perfil de mujer trabajadora con sus expectativas personales y su perfil de madre, el cual se acompaña de fuertes estereotipos heredados del rol de mujer-madre tradicional, *“Es de risas esto, yo he llegado a la conclusión de que tener un hijo es un lujo, a nivel laboral es un lujo, (silencio) y si es tu, es un lujo que tú has, o sea, que tú te has permitido, por lo cual tienes que acarrear con las consecuencias, pero o esto cambia o...”*(Sofía), que influye en que sean las mujeres las que aun en la actualidad sean la parte de la pareja que se plantee el acceso a las reducciones de jornada o excedencias de cuidado, independientemente del tipo de empleo y los estudios que posean.

*“Pues el trabajo en mi caso más complicado, pues porque yo trabajo fuera de Zamora, y, hoy en día las empresas, pues eres un número más y da igual si has sido madre, padre o, o eres una mujer soltera, sabes, entonces me ha tocado pedir una reducción de jornada con la consiguiente reducción de sueldo, entonces ahora hay que estar como más apretados en casa, y es lo que hay, si lo quieres bien y sino pues ya está.”* (Sofía)

Poder mantener ambas facetas, que la madre pueda seguir amamantando tras el permiso de maternidad y la incorporación al trabajo a su hija/o, se convierte en un complicado hito dentro de la vida de las mujeres, que requiere de ayuda externa para poder compatibilizar.

*“Pues en el trabajo, los primeros meses cuando me incorpore eh muy estresante, porque, incluso me a tenían que llevar para darle el pecho porque no cogía nada, no comía nada, no tal... y claro ya era organizate en el trabajo para que a mayores tengas un hueco para darle el pecho a la niña.”*(Julia)

*“(...) yo lo veo que no hay conciliación en este país, ninguna, risas, ninguna, ninguna, lo 1º porque deberían dar más semanas no las 16, yo tengo la suerte o así, porque por convenio, por trabajar en la gerencia, tengo un poco más por la lactancia que a lo mejor junto hasta 3 semanas, porque me han dejado coger las vacaciones de este año, yo tengo la suerte, pero sino la tendría que dejar con 4 meses, yo con 4 meses si me gustaría seguirle dando el pecho y encima trabajando fuera no lo veo; entonces yo pienso que tendrían ser muchas más semanas, mínimo hasta que ella tenga 6 meses, mínimo.”* (Lucía)

Aunque hemos destacado como en la actualidad siguen siendo las mujeres las que en su mayoría ven como tras la maternidad se modifica el tiempo que dedican al mundo laboral, como se afecta su carrera profesional, también hay algún informante que se plantea modificar su empleo tras la baja por maternidad, mientras su pareja se reincorpora a su trabajo, el ejemplo de Álvaro se presenta como una minoría donde es el padre el que se plantea modificar su empleo para cuidar a su hija, es una situación particular, ambos trabajan fuera,

pero Álvaro tiene n trabajo temporal , lo que le lleva a referir: *“Claro yo estoy de momento con 6 meses de contrato, de trabajo, que coincide más o menos en lo que se le acaba a ella lo que es esto, en la lactancia y todo, entonces yo no sé si no renuevan o renuevan, pues tendría hay que mirarlo(...) si surge aquí otro trabajo, venir para aquí, o incluso pues nada si no surge, va a tener que trabajar si o si, y no se puede porque tampoco es para eso para llevarla con 6 meses a una guardería que es muy pequeñina y no nos podemos permitir pagar a nadie para que nos la cuide, pues es que gane ella lo que tenga que ganar y yo pues cuidar a la niña.”*(Álvaro)

Juan también contempla la posibilidad de modificar horarios pero no se siente respaldado desde su empresa lo cual le frena: *“(...)en el trabajo es lo mismo, sigo con el mismo horario, mi intención es cambiarlo pero no sé cuándo porque ahora estamos en una etapa muy mala.”* (Juan)

Algunos informantes han visto como la paternidad les ha llegado a influir en la visión que tienen del trabajo, la percepción del tiempo se modifica y el tiempo que se dispone para estar con sus hijos/as se convierte en un aspecto fundamental de su día a día: *“Hombre, antes a lo mejor me quedaba un poco en el taller cuando salía de trabajar, ahora salgo de trabajar y voy para casa corriendo”*.(Andrés)En el caso masculino la incorporación temprana a su empleo obstaculiza el ajuste al papel de padre, sacrificando la participación en los cuidados durante la nueva etapa familiar<sup>791</sup>

En caso de las/os informantes que se encuentran desempleados en el momento de realizar la entrevista, son las mujeres las que refieren percibir dificultades que no se comparten con los hombres a la hora de buscar un empleo.

*“Claro, yo por ejemplo lo de estar con el tema laboral, aunque yo fue una decisión, además yo dejé el trabajo con la intención de ponerme a buscar otra cosa no, con el embarazo pues dije: “pues mira me relajo y disfruto del embarazo y ya está”, y claro si que ahora con el paso del tiempo pues si me voy dando cuenta de, de pues que en eso si cambia muchísimo y como te cambia, claro es que ya no es lo mismo realmente, ayer mismo quería haber participado en una feria de, de empleo que había y tal, y claro pues dije “me lo llevo”, ahí yo toda guay me lo llevo, y si no pues hasta saco la teta, y claro cuando llegue allí y vi, había muchísima gente, es como el mismo foro no procede, era como, de hecho me fui, dije “ya habrá otro momentos, tiene 2 meses también” y no me agobie, por eso, pero sí que en eso si veo como un cambio de como a mí me, es verdad que creo a la madre le limita mucho más a nivel laboral claro.”* (Marina)

*“De pensar que sabíamos que era un sacrificio tener un hijo, que era muy duro, que iba a suponer, eh por lo menos para mí, para el a lo mejor eh menos, el menos porque seguimos viviendo en una sociedad tremendamente machista y entonces ellos tiene más ventajas laborales desde, vamos, si, y nosotras en cambio tenemos que renunciar a nuestra, a nuestra, pues a nuestro rendimiento total laboral, eh por lo menos el*

---

<sup>791</sup> Maldonado M, Lecannelier F. Op.cit.2008.p.152.



*primer año de, de la vida del bebe y porque la conciliación que hay es cero, entonces bueno pues para mi supone un parón.” (Verónica)*

Las mujeres siguen manteniendo una doble jornada, la cual *“se ha establecido de manera generalizada y se ha sofisticado con las nuevas tecnologías entreveradas con antiguas formas de trabajo doméstico, cuidado y atención a los otros”*, todo esto modifica la subjetividad de las mujeres, la cual es contradictoria y genera malestar<sup>792</sup>. Se precisa corresponsabilidad, pero no es suficiente con que los derechos de las madres trabajadoras se extiendan a los padres, sino políticas dirigidas a ambos, fomentando el ejercicio masculino de su parte de responsabilidad, siendo equitativa dentro de la pareja<sup>793</sup>. Los problemas relatados por las mujeres manifiestan como la igualdad real y efectiva no es un hecho, en la actualidad algo más escondido pero presentes se encuentran los estereotipos de género, y seguirán presentes hasta que la corresponsabilidad de las tareas reproductivas se integre en la visa masculina de forma plena.

## 2.5.EVOLUCION DEL ROL, PERCEPCIONES

*“Sería muy interesante ver que las mujeres tan afanadas en la crianza y en la enseñanza de las criaturas podrían ser las maestras en este mundo”.*

*Sor Juana*<sup>794</sup>

Las mujeres siguen copando la mayor parte de la carga de los cuidados de los hijos/as durante los primeros meses de nacimiento, lo cual se corresponde al disfrute de la baja por maternidad, la situación cambia cuando la mujer se reincorpora al mercado laboral, según nuestras entrevistadas hace que sus parejas se involucren más en los cuidados, puesto que la madre ya no está disponible durante la totalidad del día, lo que les lleva a realizar un reparto en las tareas relacionadas con la esfera reproductiva, el cuidado de los hijos y las tareas domésticas, aunque como nos muestran las parejas entrevistadas, en caso de necesidad de reducir el horario laboral o acceder a una excedencia son ellas quien optan por modificar sus empleos a favor del cuidado. A pesar de la situación que hemos descrito las parejas entrevistadas perciben como desde su óptica particular tanto el rol materno como paterno están experimentando un gran cambio, donde la actitud masculina respecto a los cuidados ha evolucionado favorablemente, aunque en realidad no se puede equipar a la femenina, las parejas se acercan cada vez más hacia el modelo de corresponsabilidad respecto a la crianza infantil y las tareas domésticas, aunque a nivel social perciben un cambio respecto la actitud masculina, depende más de su buena voluntad o el deseo individual de participar. Coincidimos con Marcela Lagarde cuando refiere que *“las transformaciones de género hacia la igualdad entre mujeres y hombres y los que contienen el empoderamiento de las mujeres son indicadores científicos y políticos de avance en el desarrollo social”*<sup>795</sup>.

---

<sup>792</sup>Lagarde M. Op.cit.2011.p.20.

<sup>793</sup>Suárez MM. Op.cit.2015.p.226.

<sup>794</sup>De Dios DS.Op.cit. 2014.p.72.

<sup>795</sup>Lagarde M. Op.cit.2011.p.17.

*“Hombre yo pues creo que sí, que ahora se demanda mucho, yo creo que ahora se demanda mucho, lo que pasa es que los padres lo siguen viendo también un poco a veces de otra manera pero se implica mucho más en la educación al padre, cosa que antes el padre veía al niño de uvas a peras.” (Claudia)*

*“(…)yo creo que quizás sí, se perciba eso en el día a día, para todo, no solamente de cara a los niños, si no en la vida en general, pues el padre está más integrado, se implica más, hace más cosas con, con los niños pequeños, pues sí, yo creo que sí.” (Héctor)*

*“(…) yo por ejemplo cuando hablan, que los padres no sabían cambiar un pañal, y yo desde el primer momento, he sido yo el que, porque de hecho cuando o estaba con la cesárea, no fueron ni mi madre ni su madre, ni nadie, el que le cambio los pañales al niño he sido yo.” (Andrés)*

Las parejas que participan en el estudio son conscientes del cambio de la sociedad, algunos nos relatan cómo dentro de sus familias ellos han roto con el reparto tradicional de tareas, lo cual es cuestionado por parte algunas mujeres de su entorno familiar, siendo esta una de las barreras primeras barreras que se encuentran aquellos padres que desean asumir sus responsabilidades, como ejemplo están los relatos de Marina y Hugo o Pedro.

*“Mi caso a lo mejor es muy extremo, pero yo cuando era pequeño, (...) entonces yo ahora lo pienso, y digo, sobre todo, mi madre y todas las madres de antes de como lo hacían, me parece imposible. (...), tela de diferencia, mi padre no sabía poner un pañal, no sabía hacer una comida, sigue sin saberlo, no sabía hacer una cama, no sabía fregar el suelo, lavar la vajilla, mi padre no sabe hacer nada. Y yo ahora lo veo, y por ejemplo a mí, la abuela de Julia me ve, no es por tirarme el farol, me ve poniendo un pañal o acabas de comer y te pones en el pueblo a fregar los platos a mano, y te dice “tu, tu eso no lo hagas, -y ¿porque no lo voy a hacer?-, no eso, no se hace, porque esto es cosa nuestra”, el pensamiento de antes, esto es cosa de mujeres. (...); pero antes hay muchísima diferencia, todavía no me explico como lo hacían las madres de antes de cuida a 3 niños o 4, o los que eran 6 ya ni te cuento, y lava, friega y todo, me parece muy difícil.” (Pedro)*

*Hugo: No además yo creo que estaba hasta mal visto, o sea, hablándolo si, y creo que sí. Pero yo creo que era por parte de hasta de la madre, o sea, era la madre la que estaba, después de que había mucho machismo ya de por sí, era la madre la que decía, no, yo es que me hace gracia, yo siempre hago la comida siempre la he hecho, y me hace gracia “sí, si haces la comida”, y se ríen, sobre todo la abuela, mi abuela, “mira hace la comida y tal”.*

*Marina: Si es como gracioso, como anecdótico, de “uy hace la comida míralo, mira, míralo”, risas, si un poco de trasfondo, esas, de que son más, en este caso los que con los cuidados corresponden más a la madre que al padre, eso si te lo transmiten, sí que te das cuenta, que como que no es la misma responsabilidad, pero bueno, luego por*

*eso decía, yo desde el principio voy a pasar bastante de comentarios de, pero bueno en nuestro caso a lo mejor como también somos más mayores no nos han aconsejado mucho, si, no sé si porque nos ven ya con también más personalidad a lo mejor, si de yo lo tengo claro y no.”*

Aunque los entrevistados participan en los cuidados de sus hijos/as, en los relatos aparecen discursos donde la participación masculina está más ligada hacia el ocio, disfrutar del tiempo con los hijo/as que realizar otras tareas que son vistas como obligaciones: *“(…)que a lo mejor ella de bebe disfruta más y a lo mejor cuando tenga año y medio y empiece a dar pataditas al balón, no sé qué, o que me lo pueda llevar en la bici, ahí cambia más el rol, (…), sino por la edad me va a dar más juego a mí, cambia un poquito el rol.”*(Julio); aunque alguno de los participantes en el estudio si habla de su responsabilidad, como por ejemplo le sucede a Andrés, el cual se toma un día libre en su trabajo para poder asistir junto a su pareja a las visitas pediátricas: *(…) no cuando las vacunas si fui con ella, al, al pediatra a eso sí, porque como las vacunas era la 1ª vez que le iban a hacer daño pues me fastidiaba dejarla sola.”* (Andrés), es un ejemplo de participación corresponsable en los cuidados, este perfil masculino es el que situaríamos en el perfil de pareja igualitaria, son conscientes de su papel, sus obligaciones, pero también de las ventajas que perciben respecto al modelo tradicional donde el hombre se excluía de todo lo que se relacionaba con la esfera reproductiva, el caso particular de Pedro se compara respecto a la participación de su padre en los cuidados, además de hablar sobre su percepción respecto a que su papel como padre es cuestionado por parte de su entorno.

*“Cercanía, exacto, vínculos con él ,sí, sí, claro, el que no, los, el que no participen,; o sea, yo ahora lo pienso, joder, yo a mi padre lo quiero mogollón, pero no es la misma relación que he tenido con mi padre que con mi madre; con mi madre he estado 24 horas al día, no sé qué, y mi padre aparte de que lo veía menos es que no ha ayudado, no... hacia nada, entonces hay mucha diferencia, pierdes vinculo, exacto, se pierde vinculo, fijísimo, sí, sí.”* (Pedro)

*“No yo me siento bien, yo me siento bien, no es una carga como la palabra dice carga, no, no, yo lo disfruto, totalmente, lo que pasa que bueno a lo mejor algún día llegas más cansado y ves las cosas y dices “jobar si tuviera un par de horas para mí, no sé qué, tal”, pero bueno, cuando cargas un poco los días, pero vamos no, no, yo lo tengo claro lo que tengo que hacer y que no me supone nada, ninguna carga, ni nada, de ningún tipo.”*(Juan)

La situación descrita es consecuencia de la visión que la sociedad ha dado a la categoría maternidad, como consecuencia de los procesos maternos que tienen lugar en el cuerpo femenino (gestación, parto y lactancia) se ha condicionado a la mujer como principal y en numerosas ocasiones como único agente de cuidados, considerando la maternidad *“Como categoría histórica, la maternidad no sólo se refiere a hechos biológicos y sociales, sino*

*también a hechos y procesos específicos culturales*<sup>796</sup>, que en el caso masculino como nos han demostrado los informantes a lo largo de las entrevistas no encuentra su equivalente en las representaciones de la paternidad.

## 2.6. REFLEXIONES FINALES

Los primeros días tras el nacimiento la mujer permanece ingresada junto al recién nacido/a, las personas que les prestan atención en este periodo tiene la capacidad de influir en la experiencia de la pareja. Resaltan las impresiones generales vertidas por los padres que muestran la escasa o nulo integración en los cuidados del bebé, las recomendaciones se dirigen en exclusiva a la madre, el hombre pasa desapercibido. En ese periodo la alimentación del recién nacido/a ocupa un lugar privilegiado dentro de las preocupaciones de las parejas, la decisión tomada al respecto del tipo de alimentación debe ser respetada, como tratan el tema las profesionales sanitarias que interactúan con la pareja influye en su percepción. En ocasiones se sienten presionadas por el equipo sanitario hacia la elección de la lactancia materna, basándose en los criterios de la evidencia científica y bajo una posición paternalista, lo cual llega a sancionar a aquellas que no cumplen con los criterios establecidos, todo ello repercute en cómo se enfrenta la madre a la situación en un momento de fuerte labilidad emocional, las profesionales entrevistadas destacan la necesidad de respetar las decisiones y reconocen como en ocasiones se muestran rígidos en referencia a este tema.

El puerperio se presenta como una etapa conflictiva para las parejas, se enfrentan a ella en soledad, tras la disponibilidad del equipo obstétrico durante el embarazo y parto, en este periodo refieren no se responde a sus necesidades. La información que han recibido dista de la realidad a la que se enfrentan, lo cual les lleva a experimentar sentimientos encontrados al respecto y les lleva a demandar más apoyo sanitario para superar los obstáculos de esta etapa, las parejas se muestran en este sentido dependientes de la asistencia sanitaria también durante este periodo.

Hemos distinguido dos etapas respecto a la participación masculina en los cuidados. En primer término durante la duración del permiso de baja por maternidad y ante la escasa duración de la baja por paternidad, la madre es la figura central del cuidado del recién nacido/a, a lo que se le suma la dependencia en caso de lactancia natural. Ninguno de los padres lleva la mayor carga del cuidado, se autodenominan el “comodín” o ayudante de su pareja. En un segundo periodo, cuando la madre se reincorpora a su puesto laboral, la situación cambia para algunas parejas, aumentando el tiempo que dedican los padres al cuidado, no todos al mismo nivel, alguno desde el punto de vista equitativo, pero en la mayoría la mujer sigue siendo la que tiene más responsabilidades. Aunque ambos se incorporan a sus empleos por igual al analizar los relatos nos encontramos con que existen notables diferencias respecto a la conciliación de la vida familiar y laboral, y estas radican en que son las mujeres las que ven cómo se modifican su vida laboral para adaptarse al cuidado.

---

<sup>796</sup> De Dios DS. Op.cit.2014.p.75.

Ambos resaltan las dificultades encontradas para compaginar ambas facetas y el escaso apoyo social a la maternidad y paternidad, junto con redes de apoyo cada vez más deficitarias. Nos encontramos lejos de equiparar el tiempo de ambos en relacional cuidado, constatamos que cuando las parejas se plantean modificar y reducir horarios es la mujer la que accede a ello. En este sentido las mujeres viven contrariedades respecto a las exigencias por un lado del mundo laboral, que espera mantenga el mismo rendimiento, y por otro es considerada la responsable de los cuidados y os posibles problemas que surjan, lo cual lleva a experimentar sentimientos contradictorios. Es una minoría masculina la que se plantea modificar su empleo para ejercer los cuidados familiares, y esto ocurre cuando ellos no tienen estabilidad laboral. Las mujeres que buscan empleo tras la maternidad refieren que esta se convierte en una dificultad no compartida por el hombre.

El rol materno y paterna están experimentando un cambio, destaca el aumento de responsabilidad masculina respecto al cuidado, sin llegar al nivel femenino, pero cada vez se acercan más, no se acompaña de apoyo social, de modo que a participación masculina depende de la voluntad individual de cada hombre, desde el punto de vista social no se les exige la participación como se hace con las mujeres, además de tratar a aquellos que participan como algo excepcional, y por ello son elogiados. Las parejas describen el cambio social percibido y la ruptura con el modelo familiar con reparto tradicional de tareas del cual provienen.

# **CAPÍTULO IV: ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LAS ENTREVISTAS**

Con la finalidad de triangular los datos obtenidos del análisis cualitativo se realiza un análisis cuantitativo de los datos obtenidos en el modelo de encuesta cumplimentada por las parejas que participan en las entrevistas de profundidad, los resultados del mismo conforman este cuarto capítulo. Tras finalizar las entrevistas en profundidad se les solicita a las parejas que han participado en el estudio que cumplimenten un modelo de cuestionario donde se contemplan las diferentes cuestiones que han sido tratadas a lo largo de las entrevistas en profundidad. Los cuestionarios permiten obtener más información sin interactuar directamente con la persona encuestada. Se entrega un cuestionario dirigido a la mujer y otro al hombre donde se contemplan las diferentes etapas por las que atraviesa la pareja a lo largo del proceso del nacimiento. Las preguntas constan de respuesta cerrada dicotómica, al final del cuestionario se deja un espacio para que puedan añadir los comentarios que consideren pertinentes. Después de cumplimentar los cuestionarios se establecen porcentajes de las respuestas de cada pregunta y diferenciando aquellos que son cumplimentados por una mujer o por un hombre, los resultados no son extrapolables al resto de población, solo se cuentan con quince cuestionarios femeninos y trece masculinos, pero nos permite conocer y reafirmar las opiniones de las parejas entrevistadas, se presentan complementarios a los ya analizados y nos permiten triangular los resultados obtenidos en el análisis cualitativo.

## **1. MODELO DE ENCUESTA**

Distinguimos dos modelos de encuesta, en función de si se dirige a la mujer o al hombre, se les entrega dicho formulario tras finalizar la última entrevista en profundidad, solicitando dejan pasar un tiempo mínimo de una semana para rellenarlo. La investigadora se pone en contacto con cada pareja para recopilar los cuestionarios cumplimentados. Los cuestionarios se dividen en cuatro categorías: el embarazo, el parto, el puerperio y la maternidad/paternidad. Cada categoría contiene una serie de preguntas con respuesta Si/No, a continuación se presentan los modelos de encuesta que fueron entregados a las mujeres y los hombres.

**CUESTIONARIO POST-ENTREVISTA ENTREVISTADA Nº:**

Tras realizar las entrevistas en profundidad, dejando un lapso de tiempo, se precisa que rellenes este cuestionario de valoración donde se hace referencia a diferentes aspectos relacionados con el proceso asistencial al nacimiento.

La finalidad del cuestionario radica en aumentar la fiabilidad y el rigor de los diferentes datos que se han obtenido mediante las entrevistas en profundidad. Se trata de un breve cuestionario con respuesta dicotómica (sí/no), donde se contemplan las diferentes actividades dirigidas a la pareja durante la asistencia sanitaria en el embarazo, parto y puerperio, y aspectos relacionados con la maternidad y paternidad. Marca con una X tu respuesta a cada ítem.

**CUESTIONARIO DIRIGIDO A LA MUJER**

**1. EMBARAZO:**

1.1 ¿Durante el embarazo te has sentido apoyada por tu pareja? Si / No

1.2 ¿El embarazo modificó el transcurso de tu vida cotidiana? Si / No

1.3 En relación a las personas de tu entorno: pareja, familia, amigos. ¿Modificaron su comportamiento respecto al trato contigo por estar embarazada? Si / No

1.4 ¿Te han proporcionado cuidados diferentes durante el embarazo? Si / No

1.5 En relación al control gestacional:

1.5.1 ¿Te acompañó tu pareja en las visitas de control gestacional? Si / No

1.5.2 ¿Se te informó de las diferentes técnicas que se iban a realizar? Si / No

1.5.3 ¿Se tuvo en cuenta tu opinión? Si / No

1.5.4 ¿Participantes en la toma de decisiones? Si / No

1.6 ¿Consideras adecuada la relación con los profesionales sanitarios?

Matrona/ón: Si / No

Obstetra: Si / No

Otros: Si / No

1.7 ¿Consideras necesarios la introducción de cambios en el modelo de asistencial control gestacional? Si / No

1.8 ¿Acudiste a las clases de preparación para la maternidad/paternidad? Si / No

1.8.1 ¿Te acompañó tu pareja? Si / No



1.8.2 ¿Consideras necesaria la participación de tu pareja? Si / No

1.8.3 ¿Se tuvo en cuenta la presencia de tu pareja? Si / No

1.8.4 ¿Se contemplan vuestras necesidades en estos cursos? Si / No

## **2. PARTO**

2.1 ¿Consideras necesaria la introducción de cambios en el modelo asistencial al parto? Si / No

2.2 ¿Te acompañó tu pareja durante el parto? Si / No

2.3 ¿Se tuvo presente la presencia de tu pareja en el parto? Si / No

2.4 ¿Se tuvieron presentes vuestras preferencias asistenciales? Si / No

2.5 ¿Se incluyó la participación de tu pareja durante el parto? Si / No

## **3. PUERPERIO**

3.1 ¿Durante la estancia hospitalaria recibisteis información de los cuidados del/la recién nacido/a? Si / No

3.2 ¿Se os informó sobre el tipo de lactancia materna/artificial? Si / No

3.3 ¿Se incluyó a tu pareja en los cuidados del/ la recién nacida/o? Si / No

3.4 ¿Se cumplieron vuestras expectativas en las visitas del puerperio? Si / No

## **4. MATERNIDAD**

4.1 ¿Consideras que la maternidad ha modificado:...?

4.1.1 Tu relación de pareja: Si / No

4.1.2 Trabajo: Si / No

4.1.3 Tiempo de ocio: Si / No

4.2 ¿Te parece adecuada la legislación relacionada con la conciliación entre la vida familiar y laboral (permisos maternidad, paternidad, lactancia, excedencias de cuidados? Si / No

4.3 ¿Piensas que se precisan cambios en esta legislación? Si / No

4.4 ¿Favorece la legislación vigente la incorporación masculina en el cuidado de las hijas/os? Si / No

Comentarios que quieras añadir:

.....  
.....  
.....  
.....  
GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

**CUESTIONARIO POST-ENTREVISTA**

**ENTREVISTADO Nº:**

Tras realizar las entrevistas en profundidad, dejando un lapso de tiempo, se precisa que rellenes este cuestionario de valoración donde se hace referencia a diferentes aspectos relacionados con el proceso asistencial al nacimiento.

La finalidad del cuestionario radica en aumentar la fiabilidad y el rigor de los diferentes datos que se han obtenido mediante las entrevistas en profundidad. Se trata de un breve cuestionario con respuesta dicotómica (si/no), donde se contemplan las diferentes actividades dirigidas a la pareja durante la asistencia sanitaria en el embarazo, parto y puerperio, y aspectos relacionados con la maternidad y paternidad. Marca con una X tu respuesta a cada ítem.

**CUESTIONARIO DIRIGIDO AL HOMBRE**

**1. EMBARAZO:**

1.1 ¿Durante el embarazo has apoyado a tu pareja? Si / No

1.2 ¿El embarazo de tu pareja modificó el transcurso de tu vida cotidiana? Si / No

1.3 ¿Le has proporcionado cuidados especiales durante el embarazo? Si / No

1.4 En relación al control gestacional:

1.4.1 ¿Acompañaste a tu pareja en las visitas de control gestacional? Si / No

1.4.2 ¿Se te informó de las diferentes técnicas que se iban a realizar a tu pareja? Si / No

1.4.3 ¿Se tuvo en cuenta tu opinión? Si / No

1.4.4 ¿Participantes en la toma de decisiones? Si / No

1.5 ¿Consideras adecuada la relación con los profesionales sanitarios?

1.5.1 Matrona/ón: Si / No

1.5.2 Obstetra: Si / No

1.5.3 Otros: Si / No

1.6 ¿Consideras necesarios la introducción de cambios en el modelo de asistencial control gestacional? Si / No

1.7 ¿Acudiste a las clases de preparación para la maternidad/paternidad? Si / No

1.7.1 ¿Consideras necesaria tu participación en este tipo de actividades? Si / No

1.7.2 ¿Se tuvo en cuenta tu presencia? Si / No

1.7.3 ¿Se contemplan vuestras necesidades en estos cursos? Si / No

## **2. PARTO**

2.1 ¿Consideras necesaria la introducción de cambios en el modelo asistencial al parto? Si / No

2.2 ¿Acompañaste a tu pareja durante el parto? Si / No

2.3 ¿Se tuvo presente tu presencia en el parto? Si / No

2.4 ¿Se tuvieron presentes vuestras preferencias asistenciales? Si / No

2.5 ¿Se incluyó tu participación durante el parto? Si / No

## **3. PUERPERIO**

3.1 ¿Durante la estancia hospitalaria recibisteis información de los cuidados del/la recién nacido/a? Si / No

3.2 ¿Se os informó sobre el tipo de lactancia materna/artificial? Si / No

3.3 ¿Fuiste incluido en los cuidados del/ la recién nacida/o? Si / No

3.4 ¿Cumplieron vuestras expectativas en las visitas del puerperio? Si / No

## **4. PATERNIDAD**

4.1 ¿Consideras que la paternidad ha modificado:...?

4.1.1 Tu relación de pareja: Si / No

4.1.2 Trabajo: Si / No

4.1.3 Tiempo de ocio: Si / No

4.2 ¿Te parece adecuada la legislación relacionada con la conciliación entre la vida familiar y laboral (permisos maternidad, paternidad, lactancia, excedencias de cuidados? Si / No

4.3 ¿Piensas que se precisan cambios en esta legislación? Si / No

4.4 ¿Favorece la legislación vigente la incorporación masculina en el cuidado de las hijas/os? Si / No

Comentarios que quieras añadir:

.....

.....

.....

.....

.....

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

## 2. RESULTADOS MODELO DE ENCUESTA

A continuación se relatan los resultados obtenidos en el modelo de encuesta, se interrelacionan con los que surgen del análisis de datos cualitativos, así como la bibliografía relativa al tema.

### 2.1. EMBARAZO

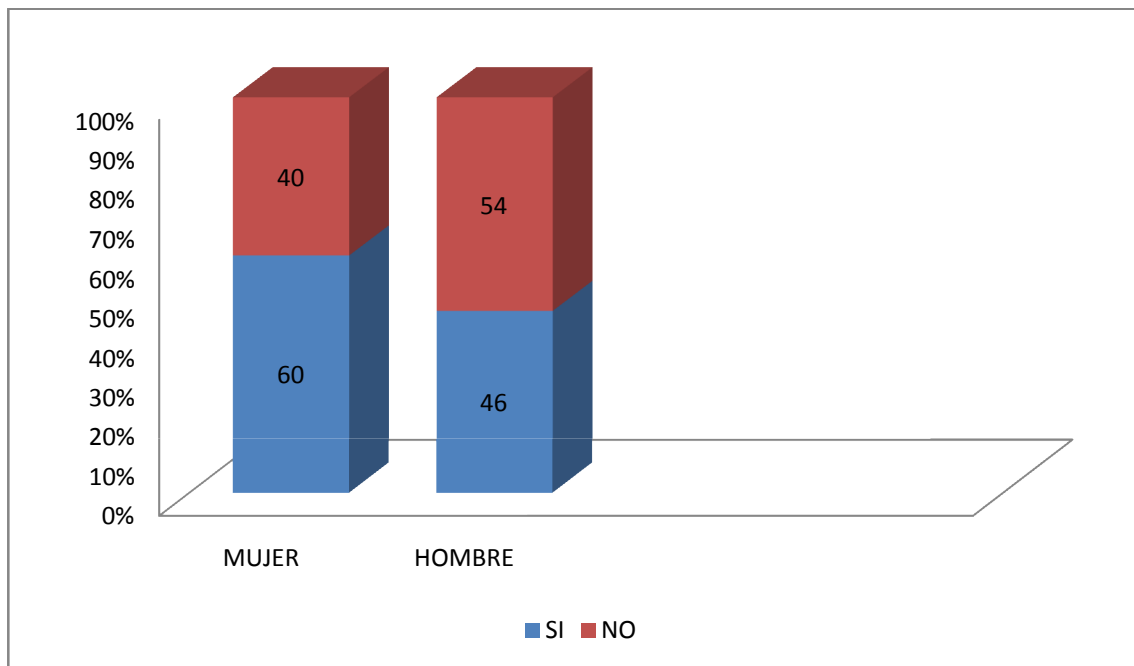
#### 2.1.1. INFLUENCIA DEL EMBARAZO EN EL MODO DE VIDA

INFLUENCIA DEL EMBARAZO EN EL MODO DE VIDA	MUJERES						HOMBRES					
	Frecuencia absoluta		Frecuencia relativa		Porcentaje %		Frecuencia absoluta		Frecuencia absoluta		Porcentaje %	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Apoyo pareja	15	0	1	0	100%	0%	13	0	1	0	100%	0%
2. Modifica vida cotidiana	9	6	0.60	0.40	60%	40%	6	7	0.46	0.54	46%	54%
3. Cambio comportamiento entorno	6	9	0.40	0.60	40%	60%	-	-	-	-	-	-
4. Cuidados especiales	9	6	0.60	0.40	60%	40%	12	1	0.92	0.08	92%	8%

El 100% de las mujeres entrevistadas refieren haberse sentido apoyadas durante el embarazo por su pareja, y el mismo porcentaje de hombres, 100%, responde de forma afirmativa cuando se le pregunta si apoyó a su pareja durante la gestación. El apoyo por parte de figuras significativas, como constituye la pareja, afecta de forma positiva en la autopercepción de la eficacia materna; en este sentido, estudios demuestran que no tener pareja supone un efecto

adverso en esta etapa vital tan significativa, donde para la mujer su pareja constituye uno de los mayores apoyos para adaptarse a la maternidad<sup>797</sup>.

La mayor parte de las mujeres embarazadas, un 60 %, refiere que el embarazo modificó el transcurso de su vida frente a un 46 % de hombres entrevistados. Este porcentaje en el caso femenino nos parece razonable puesto que la gestación transcurre en su cuerpo, sin embargo, el dato que destacamos lo constituye el 46 % de hombres que consideran que la gestación de su pareja modificó el transcurso de su vida cotidiana, es un porcentaje importante que nos remite a los resultados obtenidos en el análisis cualitativo cuando los entrevistados hablan de los diferentes cambios que experimentan durante el embarazo, los cuales les llevan a prepararse psicológicamente para adaptarse la nueva situación. Se presenta este dato como interesante, supone una novedad dar importancia al hombre durante el proceso de gestación, puesto que como hemos comprobado en capítulos anteriores el hombre ha sido apartado del proceso gestacional, y sin embargo, como nos muestran los datos facilitados por los entrevistados el embarazo es un momento de cambio para mujer y hombre.



**Gráfico 1.** Influencia del embarazo en la vida cotidiana.

Otros estudios muestran que el embarazo para las mujeres supone un estado que tiene capacidad para modificar su equilibrio emocional, precisa adaptación y en múltiples ocasiones se acompaña de sentimientos negativos como la tensión, el miedo y la ansiedad<sup>798</sup>. Este

<sup>797</sup> Navarro C, Navarrete L, Lara MA. Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el posparto. *Salud Mental*, 2011;34.p.39, 41.

<sup>798</sup> Molina I et al. Análisis de las emociones negativas generadas ante el dolor de parto, en mujeres atendidas en un Hospital Público de Tarragona, *Musas*, 2016; 1(2):52-63.

proceso vital además de finalizar con la adquisición de un nuevo rol, propicia cambios a todos los niveles, situación que se puede acompañar o no de complicaciones<sup>799</sup>.

Siguiendo con el discurso anterior, encontramos que el 60% de las mujeres entrevistadas refiere haber recibido algún tipo de cuidado especial por parte de su pareja, que en caso de realizar la pregunta a los hombres, el 92% de ellos considera haber proporcionado cuidados especiales a su pareja. Este dato nos proporciona información respecto a cómo viven los hombres el proceso de gestación, de modo que una de las formas que tiene en referencia a sentirse partícipes corresponde con proporcionar cuidados a su pareja que antes del embarazo no realizaban. En el análisis cualitativo resalta el cambio de comportamiento sufrido por el hombre en relación con su pareja tras conocer que está embarazada, los hombres pretenden proporcionar bienestar a sus parejas y adquieren actitud de protección, siendo esta atención y cuidados una oportunidad para participar del proceso gestacional, considerando que el cambio de actitud relatado por los entrevistados constituye parte del profundo cambio que sufren con la paternidad y el deseo masculino de encontrar su papel.

En relación con el entorno próximo de las mujeres gestantes, el 40 % considera que su entorno modificó el comportamiento respecto al trato con la gestante, este porcentaje se corresponde con las mujeres que durante la entrevista en profundidad relatan los cambios percibidos en las personas próximas a ellas desde que conocen que están embarazadas, les proporcionan cuidados e intentan que adopten diferentes comportamientos que socialmente se consideran aceptables para las mujeres que en un futuro van a ser madres, en ocasiones el entorno intenta modelar el comportamiento de la pareja, en especial el femenino, cumpliendo con funciones sociales, en este caso como hemos podido extraer en el análisis de datos cualitativos se refuerza el papel femenino hacia la maternidad. Como describe Rosa María Gil<sup>800</sup> en su estudio: *“El cuerpo de la mujer es portador de símbolos y representaciones sociales. El trato preferente hacia las embarazadas refleja uno de los valores máspreciado: la maternidad.”* En la construcción social del imaginario de la maternidad se insertan determinados comportamientos relativos a lo que se espera tanto de los sujetos como de las instituciones, relativizando el complejo imaginario marcado por el esencialismo insertado en la maternidad<sup>801</sup>.

Otros estudios también resaltan como los “patrones de comportamiento maternal” se establecen dentro de la sociedad y se transmiten mediante estereotipos que mantienen lo que se espera de una “buena madre”; todo ello envuelto de una ideología androcéntrica que tiene el objetivo de perpetuar el reparto desigualitario entre mujeres y hombres<sup>802</sup>.

---

<sup>799</sup> Ortega N, Quiereme Cuidame Protegeme, Libros Editorial UNIMAR, 2016,p.84.

<sup>800</sup> Gil RM, Las experiencias de las mujeres durante el embarazo a partir de un análisis del discurso, Musas, 2016; 1.p.77.

<sup>801</sup> Palomar C, Suárez ME, “Malas madres”: la construcción social de la maternidad. Reporte de investigación”. Centro de Estudios de Género, Universidad de Guadalajara, 2006.p.16.

<sup>802</sup> Torres C, Romo N, Gil E, Influencia de las creencias androcéntricas en la vivencia de la maternidad en mujeres de una comarca rural (España),Recien, 2014;9.p.4.

Como conclusión a este apartado verificamos como el embarazo afecta tanto a las mujeres, las cuales viven el proceso corporal, como a los hombres, por ello nos parece importante destacar la figura masculina como otro elemento a tener en cuenta durante la gestación.

### 2.1.2. CONTROL GESTACIONAL

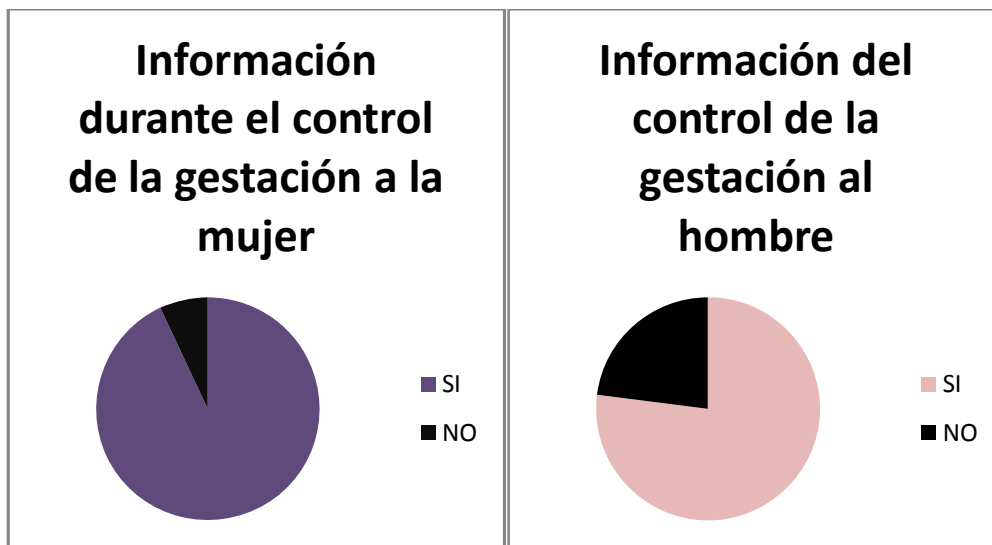
CONTROL GESTACIONAL	MUJERES						HOMBRES					
	Frecuencia absoluta		Frecuencia relativa		Porcentaje %		Frecuencia absoluta		Frecuencia absoluta		Porcentaje %	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1.Acompañamiento o pareja	12*	2*	0.86	0.14	86%	14%	9	4	0.69	0.31	69%	31%
2.Información	14	1	0.93	0.07	93%	7%	10	3	0.77	0.23	77%	23%
3.Opinión	10	5	0.67	0.33	67%	33%	6	7	0.46	0.54	46%	54%
4.Participación toma decisiones	7	8	0.47	0.53	47%	53%	9	4	0.69	0.31	69%	31%

El acompañamiento masculino a las mujeres gestantes durante las visitas de control gestacional asciende a un 86% cuando se le pregunta a las mujeres y un 69% si le preguntamos a los hombres. Como hemos podido ver tras el análisis de los datos cualitativos la posición masculina durante la gestación se mantiene en segundo plano vinculada a la figura de acompañante, situación que ha sido cuestionada por los informantes, a lo que se suma las dificultades que los hombres encuentran en sus trabajos para acudir a citas de control gestacional. A pesar de ello, el acompañamiento se presenta durante la gestación como una de las formas que tienen los hombres para sentirse participes de la gestación, vincularse al proceso, favoreciendo la adquisición del rol de padre y reforzando el de la madre. Diferentes estudios<sup>803</sup> nos muestran los beneficios del acompañamiento de la mujer a lo largo del proceso por parte de su pareja durante las visitas de control del embarazo, la asistencia a los cursos de preparación a la maternidad y paternidad y el parto fomentan la formación del vínculo, mejora la ansiedad de la mujer, el sentimiento de autocontrol, los índices de depresión posparto y aumenta la satisfacción de ambos miembros de la pareja, mejorando la adopción del rol paterno, ya que el padre vive los cambios físicos de la pareja y las diferentes pruebas con

<sup>803</sup> Ramírez H, Rodríguez I, Op.cit., 2014.p.e5.

ansiedad, tienen las mismas expectativas que la mujer. En este escenario el acompañamiento se presenta como una oportunidad para iniciar el fomento de la corresponsabilidad<sup>804</sup>.

El acceso a la información durante el proceso de nacimiento se presenta como uno de los derechos fundamentales de la mujer embarazada y como hemos relatado una de las claves que permiten que la asistencia prestada tome un carácter humanizado y favorezca el empoderamiento de las mujeres. La calidad de la información que reciben es tomada en cuenta por las parejas para describir la asistencia que les prestan, siendo muy valorada la capacidad del equipo sanitario para adaptar la información a sus conocimientos, donde sea información comprensible y precisa, favoreciendo la creación de un espacio de reflexión y diálogo. En las entrevistas cualitativas los/las participantes han destacado tanto actitudes de profesionales que facilitan la comprensión de información como aquellas que la dificultan, haciendo un uso paternalista, dificultando así el proceso de comunicación y generando malestar, que en caso contrario, facilitar la comprensión de la información es muy valorado por las personas. En relación a este ítem en el cuestionario es un porcentaje bajo de mujeres, el 7%, el que considera no ser informada de las técnicas que se le van a realizar durante el embarazo, que en caso a la información que recibe el hombre asciende a un 23 % entre los que consideran que no se le informa respecto a las técnicas que se le realizan a sus parejas.



**Gráficos 3 y 4.** Información durante el control de la gestación sobre las diferentes técnicas a realizar.

Hemos descrito a lo largo del análisis cualitativo como facilitar la participación de la pareja en la toma de decisiones a lo largo del proceso de nacimiento, así como tener en cuenta sus preferencias asistenciales forman parte de lo que se considera una atención humanizada que pretende romper tanto con la desensibilización como despersonalización propia de modelos

<sup>804</sup> Palacios J et al., Evaluación y promoción de competencias parentales en el sistema sanitario público andaluz. proceso asistencial integrado embarazo, parto y puerperio, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014.p.10.



asistenciales paternalistas basados en la tecnificación de los procesos asistenciales, donde la responsabilidad no es compartida entre profesional y mujer/pareja, prestando atención estereotipada sin tener presentes las preferencias y subjetividades individuales. Otros estudios<sup>805</sup> refieren que la maternidad se acompaña desde las instituciones sanitarias desde criterios de uniformidad y homogenización de las personas y las experiencias. En las entrevistas hemos destacado relatos de mujeres y hombres que muestran cómo percibe una asistencia sanitaria no centralizada, sino generalizada o estándar.

Las profesionales entrevistadas también reflejan discursos contradictorios donde en un extremo hablan de la necesidad de prestar atención basada en la participación y toma de decisiones, frente a otros discursos que mantiene una postura paternalista al considerar que las parejas no tienen capacidad para participar en toma de decisiones, actitud también defendida por algunas de las parejas entrevistadas que no desean participar, prefieren adoptar un papel pasivo, considerando que no deben cuestionar la asistencia recibida, interiorizando el modelo biomédico asistencial.

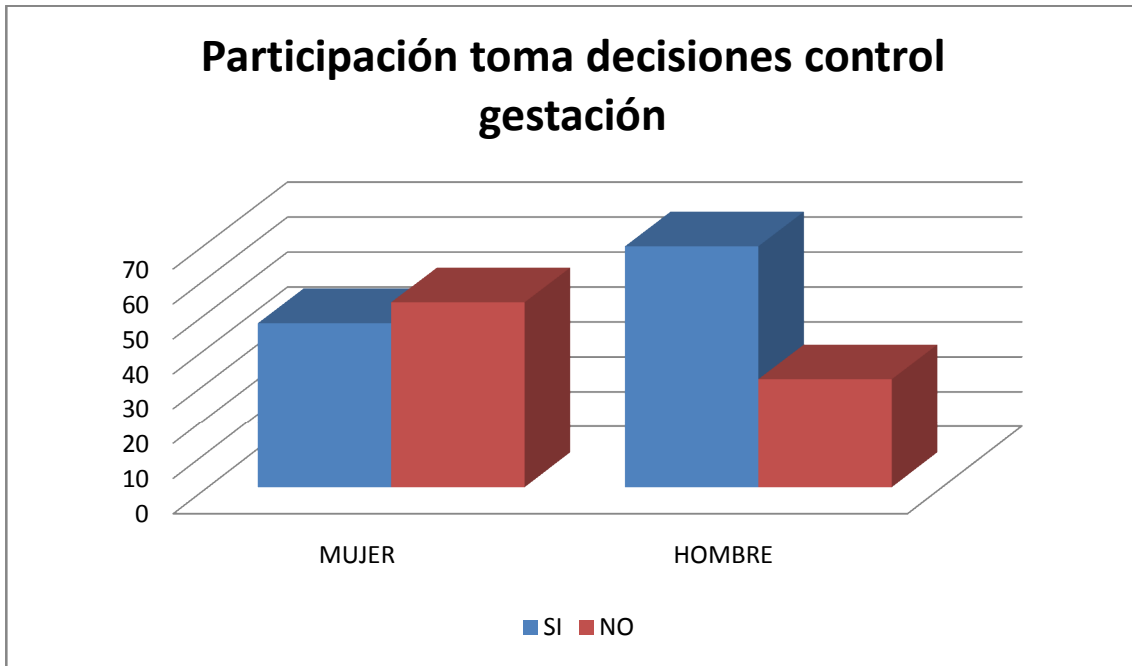
En este sentido, el 67% de las mujeres y un 47% de hombres, que responden al cuestionario consideran que si se tiene en cuenta su opinión durante el control de gestación, invirtiéndose los resultados cuando se les pregunta si participan en la toma de decisiones, donde las mujeres en un 47 % responden de forma afirmativa y los hombres en un 69%. Como se refiere en otros estudios el proceso de nacimiento (embarazo, parto y puerperio) no constituyen fenómenos exclusivos del equipo sanitario, sin embargo la asistencia profesionalizada que recibe la mujer a lo largo del proceso difumina los factores culturales, sociales y subjetivos asociados, invisibilizando los cuidados que se reciben fuera del entorno sanitario<sup>806</sup>. Humanizar la asistencia al proceso de nacimiento requiere que la mujer se sitúe en el centro de atención, el profesional actúa *“respetando, acompañando e informando”*<sup>807</sup>.

---

<sup>805</sup> De los Ríos E, Toribio P, Relatando la maternidad. Lo tangible detrás de los estereotipos, Arch Memoria [en línea], 2012;9( 2).

<sup>806</sup> Linares M, Gálvez A, Linares M. La relación de ayuda a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del primer hijo, IndexEnferm, 2002; 38.

<sup>807</sup> Cerdán M, Carballo MD, Gómez MA, Heredia F, Salgado I, Cayuela E, Proceso de humanización de la atención a las cesáreas: instauración de un procedimiento para acompañamiento de las gestantes e inicio de la lactancia materna en quirófano, Musas, 2017; 2(1).p.45.



**Gráfico 5.** Participación en la toma de decisiones durante el control de la gestación.

### 2.1.3.RELACIÓN CON PROFESIONALES

RELACIÓN ADECUADA CON EQUIPO SANITARIO	MUJERES						HOMBRES					
	Frecuencia absoluta		Frecuencia relativa		Porcentaje %		Frecuencia absoluta		Frecuencia absoluta		Porcentaje %	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1.Matrona/ón	13	2	0.87	0.13	87%	13%	11*	1*	0.92	0.08	92%	8%
2.Obstetra	13	2	0.87	0.13	87%	13%	11	2	0.85	0.15	85%	15%
3.Otros	11	4	0.73	0.27	73%	27%	9*	3*	0.75	0.25	75%	25%
4.Introducción cambios modelo asistencial control gestación	11	4	0.73	0.27	73%	27%	9*	3*	0.75	0.25	75%	25%

La relación que establecen las parejas con los/las profesionales que les prestan asistencia es determinante tanto para conocer el grado de satisfacción, así como el modelo asistencial y el grado de empoderamiento de las parejas. El trato que reciben las parejas del equipo sanitario a lo largo del proceso de nacimiento influye en el modo en el que la mujer y su pareja viven el proceso. En las entrevistas cualitativas las parejas han descrito contactos tanto positivos como

negativos con las personas que les asisten y determinan que la percepción de la asistencia sea grata o por el contrario genere sufrimiento, los encuentros relatados van desde la personalización y sensibilización descrita por las/los participantes a situaciones donde se encuentra una despersonalización y desensibilización. Sin embargo, en relación con los resultados obtenidos en los cuestionarios nos encontramos con que un 87% de las mujeres considera que la relación con matronas/os y obstetras es adecuada, frente a un 92% de hombres que responde de forma afirmativa al considerar adecuada su relación con matronas/os y un 85% en relación con los obstetras, por ello podemos afirmar que porcentajes altos de mujeres y hombres que han participado en el estudio consideran adecuada su relación con los/las profesionales; pero destaca que tanto mujeres en un 73%, como hombres en un 75%, consideran necesarios la introducción de cambios en el modelo asistencial que se les presta durante el control gestacional. Durante el análisis cualitativo en múltiples ocasiones se hace referencia a este tema, ya se ha descrito como dentro de un mismo sistema sanitario conviven varios modelos asistenciales, uno que busca la asistencia humanizada junto con la visión más enraizada de medicalización de los cuidados, siendo el cambio hacia la asistencia humanizada lo que genera demandas dentro de la población.

Como se muestra en otro estudio<sup>808</sup>, las mujeres consideran que la matrona es una fuente de información y experiencia. La información que proporcionan los /las profesionales sanitarias capacita a las mujeres en la participación de toma de decisiones. En este sentido mantener una adecuada comunicación entre la pareja y el equipo sanitario durante el proceso de nacimiento ayuda a la participación en la toma de decisiones y control, mejorando la experiencia como positiva. Otros estudios revelan la importancia que tiene las dimensiones psicosociales durante la gestación, donde el apoyo social constituye un pilar para que la experiencia sea positiva<sup>809</sup>.

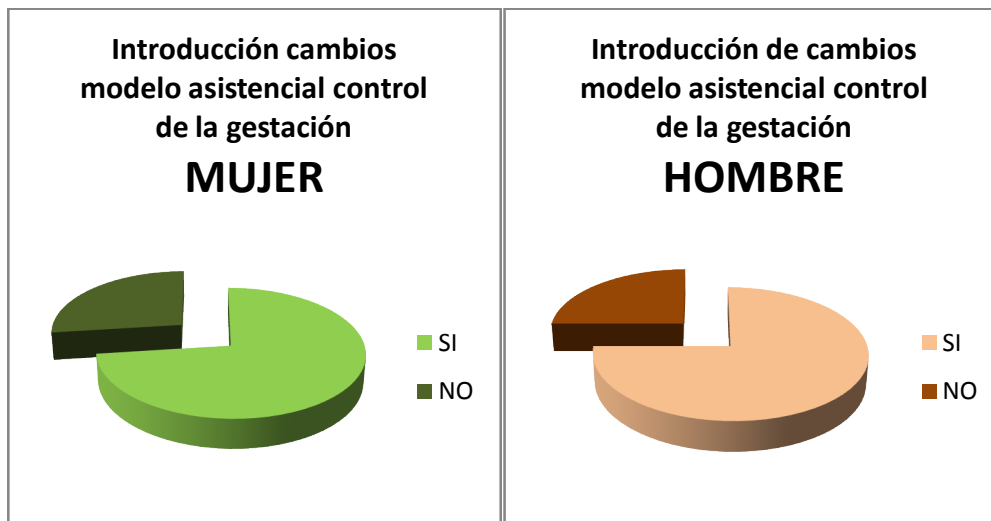
El nuevo modelo asistencial es aquel donde los/las profesionales sanitarios altamente cualificados prestan atención desde la postura de “colaborador/facilitador”, contando con la capacidad de control de las personas sobre su vida; de modo que se integra la “*escucha activa, apoyo, acompañamiento y comunicación bidireccional*”, rompiendo con la superioridad otorgada al profesional de salud, se trata de empoderar a la mujer, aumentando su autoconfianza e influencia en los diferentes cambios<sup>810</sup>.

---

<sup>808</sup> Gijón N, Plan de parto: nomenclatura, toma de decisiones e implicación de los profesionales sanitarios, Musas; 2016, 1(2).p.46.

<sup>809</sup> Alvarado R, Medina E, Aranda W, El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido, Rev. méd. Chile, 2002;130(5).

<sup>810</sup> Fernández M, Los programas de educación maternal y el empoderamiento de las mujeres, Musas, 2017; 2(1):3-20.



Gráficos 6 y 7. Introducción de cambios modelo asistencial control gestación.

#### 2.1.4. PREPARACIÓN A LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD

PREPARACIÓN A LA MATERNIDAD /PATERNIDAD	MUJERES						HOMBRES					
	Frecuencia absoluta		Frecuencia relativa		Porcentaje %		Frecuencia absoluta		Frecuencia absoluta		Porcentaje %	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1.Asistencia	14	1	0.93	0.07	93%	7%	9	4	0.69	0.31	69%	31%
2.Acompañamiento pareja masculina	5*	9*	0.36	0.64	36%	64%	-	-	-	-	-	-
3.Necesaria participación masculina	10	5	0.67	0.33	67%	33%	7*	5*	0.58	0.42	58%	42%
4.Tener en cuenta presencia masculina	6*	8*	0.43	0.57	43%	57%	4*	8*	0.33	0.64	33%	64%
5.Contemplan vuestras necesidades	11*	3*	0.79	0.21	79%	21%	4*	7*	0.36	0.64	36%	64%

La preparación a la maternidad y paternidad se presenta como una oportunidad para las parejas para compartir inquietudes, experiencias, adquirir conocimientos y es uno de los enclaves principales de participación masculina durante el proceso de gestación, esta actividad

permite la adquisición de autonomía y se presenta como una vía de comunicación entre la pareja y la matrona, como representante del equipo profesional. En relación a la participación femenina entre las mujeres entrevistadas encontramos que el 93% acuden a este tipo de cursos y el 69% de los hombres, sin embargo este dato contrasta con el referido por las mujeres, las cuales dicen estar acompañadas por su pareja únicamente el 36% de las entrevistadas, lo cual se corresponde con lo relatado en las entrevistas en profundidad cuando refieren que parte de los hombres inician la actividad, pero por diferentes motivos no lo continúan. Los estudios<sup>811</sup> demuestran que los programas de educación a la maternidad y paternidad tienen la capacidad de trabajar en el empoderamiento de las mujeres a nivel individual, organizacional y comunitario, aumentando la sensación de control y seguridad y la vinculación con su futuro hijo/a. Estas actividades se muestran como uno de los espacios donde las mujeres se sienten más comprendidas, siendo este enclave principal para que las matronas/os como profesional sanitaria responsable de la actividad potencie el encuentro de las mujeres y sus parejas<sup>812</sup>.



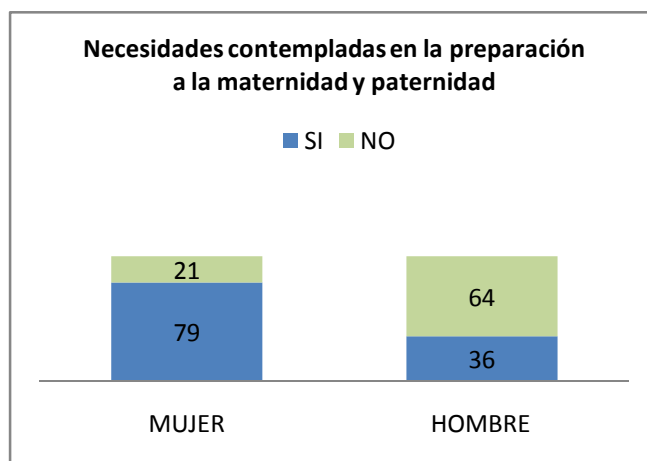
**Gráfico 8.** Acompañamiento masculino en la preparación a la maternidad y paternidad respuesta de las mujeres.

El 67% de las mujeres entrevistadas considera necesaria la participación masculina en este tipo de actividad y el 58% de los hombres también lo ven así. Como venimos comentando esta actividad supone uno de los pocos momentos asistenciales dentro del proceso de nacimiento en el cual la pareja masculina tienen un espacio reconocido para participar en el proceso. Pero como hemos podido ver en el análisis cualitativo parte de las mujeres y hombres entrevistados se refieren a este tipo de actividad como “cosas femeninas” y por lo tanto, justifican de este modo la ausencia masculina. Por otro lado, nos encontramos con hombres que desean participar en el proceso de gestación y encuentran en la preparación a la maternidad y de paternidad una vía de acceso.

<sup>811</sup> Fernández M, Op.cit. 2017.p.15.

<sup>812</sup> Gil RM, op.cit.2016.p.77.

El 57% de las mujeres que participan en el cuestionario y el 64% de los hombres consideran que no se tienen en cuenta la presencia masculina en estas actividades, lo cual se corresponde con los resultados encontrados en el análisis de datos cualitativos donde las parejas remarcan que los contenidos de estas actividades se dirigen en exclusiva a la mujer, el hombre es invitado a participar pero no se consideran sus necesidades, lo que lleva a que parte de los hombres que han acudido a estas actividades demanden que sus necesidades sean tenidas en cuenta, desean romper con el papel asignado de observador pasivo y demandan contenidos adaptados.



**Gráfico 9.** Necesidades individuales contempladas durante la preparación a la maternidad y paternidad.

En el cuestionario encontramos que el 79% de las mujeres refiere que durante el transcurso del curso se contemplan por parte de la matrona/ón las necesidades expresadas, frente a un 36% de los hombres, resultado que reafirma lo ya descrito con anterioridad, los hombres se ven como observadores y acompañantes, más que como un protagonista de la actividad, por ello surgen las demandas de involucración masculina. Otro tema que surge de las entrevistas en profundidad se corresponde con los contenidos de esta actividad, parte de las entrevistadas refieren que es uniformado y generalizado, lo que se correspondería con un 21% de mujeres y 64% de hombres que consideran que no se contemplan sus necesidades particulares.

El equipo de salud es una fuente de información muy importante para las futuras madres y padres, se debe situar en el papel de guía y apoyo, proporcionar los conocimientos, habilidades educativas, a la vez que es fuente de seguridad y satisfacción, sin considerarse como los únicos poseedores de conocimientos<sup>813</sup>. Desde las acciones contenidas en la Estrategia Mundial de la salud de las mujeres y los niños de la OMS se contempla la participación comunitaria, donde se destaca la reorientación de los servicios de salud y desarrollo para cubrir sus necesidades, promocionar la participación comunitaria, destacando el fomento de la participación masculina, reservando un espacio para éstos en los centros de

<sup>813</sup> Palacios et al, op.cit.2014.p.5.

salud<sup>814</sup>. La preparación a la maternidad y paternidad se presenta como una herramienta que permite a las mujeres la participación, para que sea útil se precisa que la matrona/ón como profesional de referencia cree un espacio de comunicación, dialogo e intercambio, donde las mujeres comprendan las alternativas y el proceso, de forma que a capacitación de las parejas con información permite que sean más realistas y flexibles a la hora de comunicar sus alternativas asistenciales<sup>815</sup>.

## 2.2. PARTO

PARTO	MUJERES						HOMBRES					
	Frecuencia absoluta		Frecuencia relativa		Porcentaje %		Frecuencia absoluta		Frecuencia absoluta		Porcentaje %	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1.Introducción de cambios modelo asistencial parto	11	4	0.73	0.27	73%	27%	7*	5*	0.58	0.42	58%	42%
2.Acompañamiento masculino parto	7	8	0.47	0.53	47%	53%	7	6	0.54	0.46	54%	46%
3.Tener en cuenta presencia masculina	7	8	0.47	0.53	47%	53%	7	6	0.54	0.46	54%	46%
4.Respeto preferencias asistenciales	8	7	0.53	0.47	53%	47%	6*	5*	0.55	0.45	55%	45%
5.Participación masculina parto	7	8	0.47	0.53	47%	53%	6	7	0.46	0.54	46%	54%

El 73% de las mujeres entrevistadas y el 58% consideran necesario la introducción de cambios en el modelo asistencial al parto. A lo largo del análisis de datos cualitativo resaltamos como son las mujeres que se percatan de la atención uniformada las que rechazan la asistencia basada en el modelo biomédico y solicitan un cambio hacia lo que se considera atención humanizada, donde sean cubiertas las necesidades de forma individualizada.

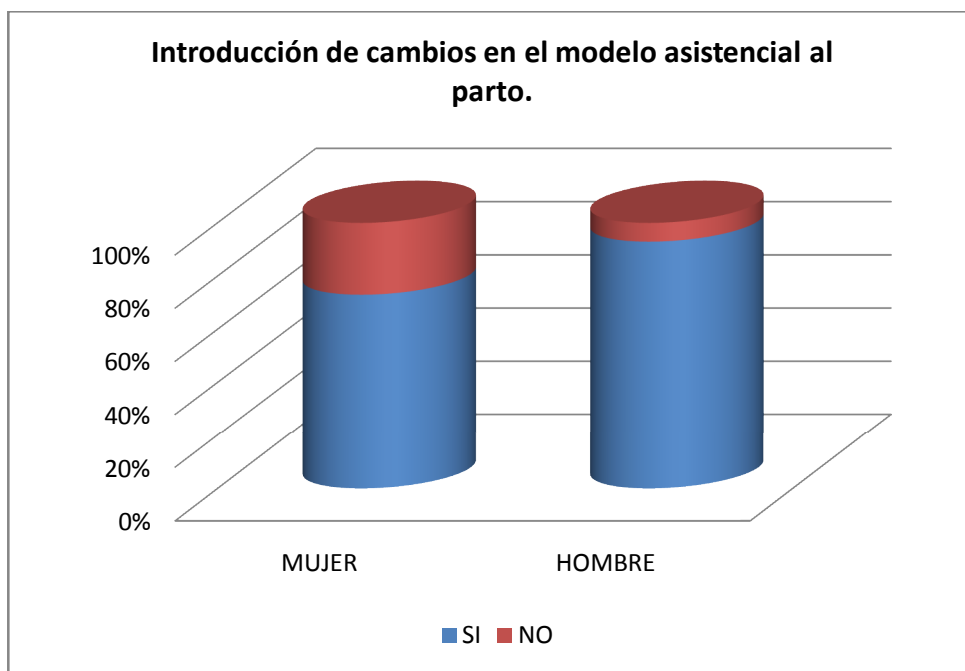
Como ya hemos contemplado en otros capítulos el modelo biomédico ha sido y aún sigue estando cuestionado, y así lo describen tanto parejas como profesionales sanitarias que han participado en el estudio, siguiendo con las diferentes iniciativas nacionales e internacionales que proponen el cambio de la asistencia al proceso de nacimiento, se solicita la reinterpretación del protagonismo del parto, promoviendo la autonomía de las mujeres y sus

<sup>814</sup> Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). OMS.2015.p.61.

<sup>815</sup> Gijón N, Op.cit. 2016.

parejas, respeto de sus decisiones junto con la atención de profesionales altamente cualificados, promoviendo una comunicación bidireccional adecuada.

El papel del hombre durante el parto se ha presentado como uno de los temas principales objeto del estudio. El 53% de las entrevistadas refieren que su pareja no les acompaña durante el parto y el 46% de los hombres refiere no estar presente en el momento del parto. Como ya se ha descrito la presencia masculina durante el parto se considera un predictor que favorece la vinculación del padre con sus hijos/as. Durante mucho tiempo el hombre ha sido apartado en el momento del parto y no se permitía su presencia en el paritorio, en la actualidad se permite su presencia, y el hombre se convierte de este modo en el principal apoyo de la mujer en trabajo de parto. Pero que se encuentren presentes no es vinculante a que el hombre se sienta participe del proceso y el equipo sanitario tenga en cuenta su presencia. El acompañamiento continuo durante el parto por una persona de elección de la mujer mejora los resultados de salud, el bienestar materno y reduce el número de intervenciones, el acompañante mediante pequeños detalles de participación (masaje, apoyo, confianza, información, tranquilidad, medidas de confort...) tiene capacidad para aumentar la seguridad y confianza de la mujer, mejorando la satisfacción de la mujer y su pareja.

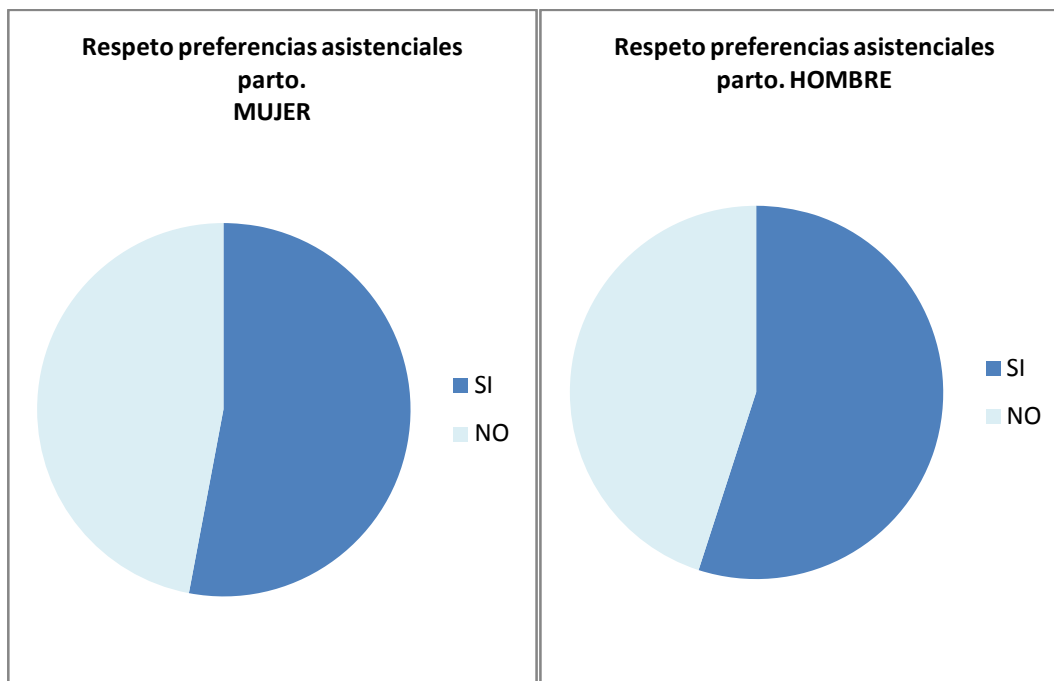


**Gráfico 10.** Introducción de cambios en el modelo asistencial al parto.

El 47% de las mujeres entrevistadas considera que si se tuvo en cuenta la presencia de su pareja durante el parto, frente al 4% de los hombres entrevistados; y en referencia a la participación masculina el 47% de las mujeres y el 46% de los hombres consideran que se incluyó la participación masculina durante el parto. Como hemos venido relatando, prestar una atención basada en criterios de humanización requiere entre diferentes alternativas permitir la participación masculina en el proceso de nacimiento.



Hemos podido observar como la participación masculina en numerosas ocasiones se vincula a una posición secundaria de acompañante, sin considerar que el momento del parto supone también un hito en la vida de los hombre por las connotaciones que tiene en su vida personal, en este sentido se resalta la capacidad que los profesionales sanitarios poseen para favorecer o entorpecer la participación masculina. La posibilidad de participar, sentirse parte del proceso, como hemos podido extraer de los relatos de los hombres mejora la percepción que tienen del parto para ambos, siendo negativa tanto para la mujer como para el hombre cuando se limita su presencia, y por lo tanto su participación. La integración masculina en el proceso de nacimiento no solo depende de la actitud particular de la pareja, y en concreto del hombre, sino como hemos visto en gran medida está supeditada a las decisiones particulares del equipo que les asiste, siendo un tema que aun presenta dificultades respecto a cómo integrar a la figura masculina.



**Gráfico 11 y 12.** Respeto preferencias asistenciales durante el parto, valoración mujer y hombre.

Otro punto que se ha considerado clave de la asistencia humanizada se refiere al respecto de las preferencias asistenciales, el 53% de las mujeres entrevistadas refiere que si se tienen en cuenta sus preferencias asistenciales y cuando se le pregunta a los hombres, el 55% de los entrevistados responde de forma afirmativa. El análisis cualitativo nos muestra como tanto mujeres como los hombres se plantean cual será el papel que van a desempeñar durante el parto, reflexionan sobre sus preferencias asistenciales y las diferentes alternativas, desde aquellas parejas que están muy sensibilizadas respecto al proceso del parto y quieren ser partícipes, ejercer su autonomía y que se les permita decidir, hasta aquellos que no desean intervenir.

Integrar las necesidades particulares de las personas y los diferentes aspectos biopsicoculturales, se presenta como objetivo dentro de las iniciativas nacionales e internacionales que persiguen contemplar tanto la eficacia como la calidad asistencial, integrar bienestar físico y psicológico permite prestar atención basada en criterios de humanización. Las mujeres que desean ejercer parte activa cuentan cómo no hacen uso del Plan de parto para comunicar sus preferencias asistenciales, las cuales refieren expresarlas verbalmente en el momento del parto. Esta herramienta que surge como vía para comunicarse entre la mujer y el equipo sanitario hemos podido conocer como genera conflicto en nuestra población de estudio, las mujeres las cumplimentan pero no la entregan, y alguna de las profesionales sanitarias entrevistadas muestra su rechazo a este instrumento.

De los diferentes relatos tras el análisis de datos cualitativo encontramos que aquellas parejas que reciben asistencia basada en sus preferencias asistenciales tienen percepciones positivas tras el parto, de modo que cuando no se individualiza la asistencia, o no se respetan las opciones personales aparece malestar. Cabe resaltar que también aparecen mujeres que no desean participar en las diferentes decisiones asociadas a al proceso de nacimiento, cediendo toda la responsabilidad y capacidad de autonomía el /la profesional sanitaria.

Según se muestra en otros estudios<sup>816</sup> las mujeres que participan en el control de su proceso asistencial, donde se aclaran sus posibles dudas y existe una buena comunicación, refieren mayor satisfacción con su proceso de parto aunque sus expectativas iniciales no se cumplan; sin embargo, también se resaltan la existencia de resultados contradictorios donde los índices de satisfacción más bajos se corresponden con expectativas no cumplidas.

### 2.3. PUERPERIO

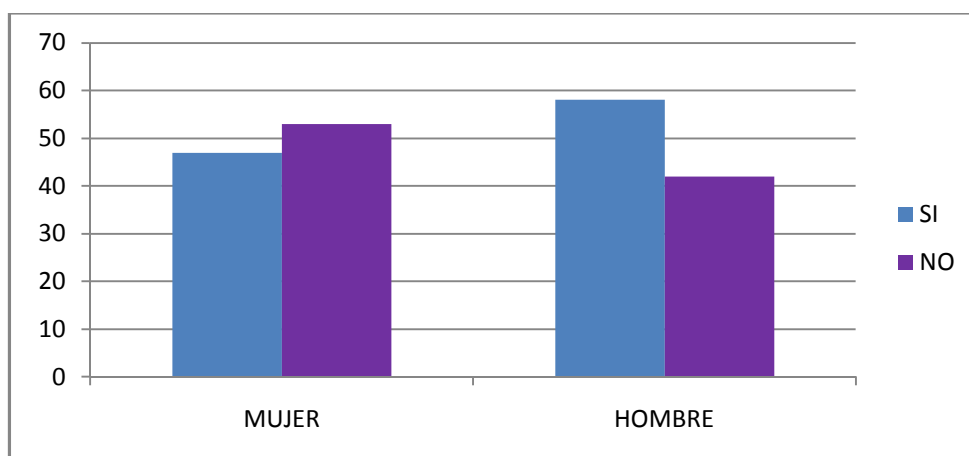
PUERPERIO	MUJERES						HOMBRES					
	Frecuencia absoluta		Frecuencia relativa		Porcentaje %		Frecuencia absoluta		Frecuencia absoluta		Porcentaje %	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Información cuidados recién nacido/a en hospital	6	9	0.40	0.60	40%	60%	6*	6*	0.50	0.50	50%	50%
2. Información lactancia materna/artificial	6	9	0.40	0.60	40%	60%	5*	7*	0.42	0.58	42%	58%
3. Inclusión masculina cuidados recién nacido/a	7	8	0.47	0.53	47%	53%	7*	5*	0.58	0.42	58%	42%
4. Cumplir expectativas visitas puerperio	8	7	0.53	0.47	53%	47%	7*	5*	0.58	0.42	58%	42%

<sup>816</sup> Gijón N, Op.cit., 2016.p.46.

El desconocimiento que supone para la mujer y el hombre el inicio de su nueva etapa como madre y padre les sitúa en una posición de vulnerabilidad, donde la información les permite reducir las preocupaciones iniciales y adoptar el nuevo rol, en este sentido las mujeres entrevistadas responden de forma afirmativa en un 40% y los hombres en un 50% cuando se les pregunta si durante la estancia hospitalaria recibieron información relativa a los cuidados de su hija/o. Durante el análisis cualitativo las parejas entrevistadas han remarcado como la nueva situación ha superado sus expectativas en referencia a lo que se creían preparados para afrontar, en este sentido, la información vinculante a los cuidados que pueden ofrecer los/las profesionales sanitarias se presenta como una oportunidad de ayuda para facilitar la adaptación sin complicaciones.

Como se muestra en otros estudios<sup>817</sup> los/las profesionales sanitarias tienen capacidad para asesorar y guiar a la mujer y el hombre para acceder de forma equitativa a la maternidad y paternidad, por ello, se debe insertar el enfoque de género, para romper con las limitaciones presentes en el sistema androcéntrico que repercuten en los derechos y deberes de las mujeres y los hombres.

La alimentación del bebé se presenta en este periodo como una de las mayores preocupaciones de la pareja, el 60% de las mujeres y 58% de los hombres refiere no recibir información sobre la lactancia materna o infantil durante el puerperio. En relación con el tipo de alimentación seleccionada las mujeres sufren presiones en ambos sentidos, las que seleccionan la lactancia artificial por no dar el pecho se catalogan como “malas madres”, y las que eligen la lactancia materna son influenciadas por recomendaciones y las políticas de promoción de lactancia materna donde emergen críticas que intentan marcar como debe ser la pauta de lactancia materna<sup>818</sup>.

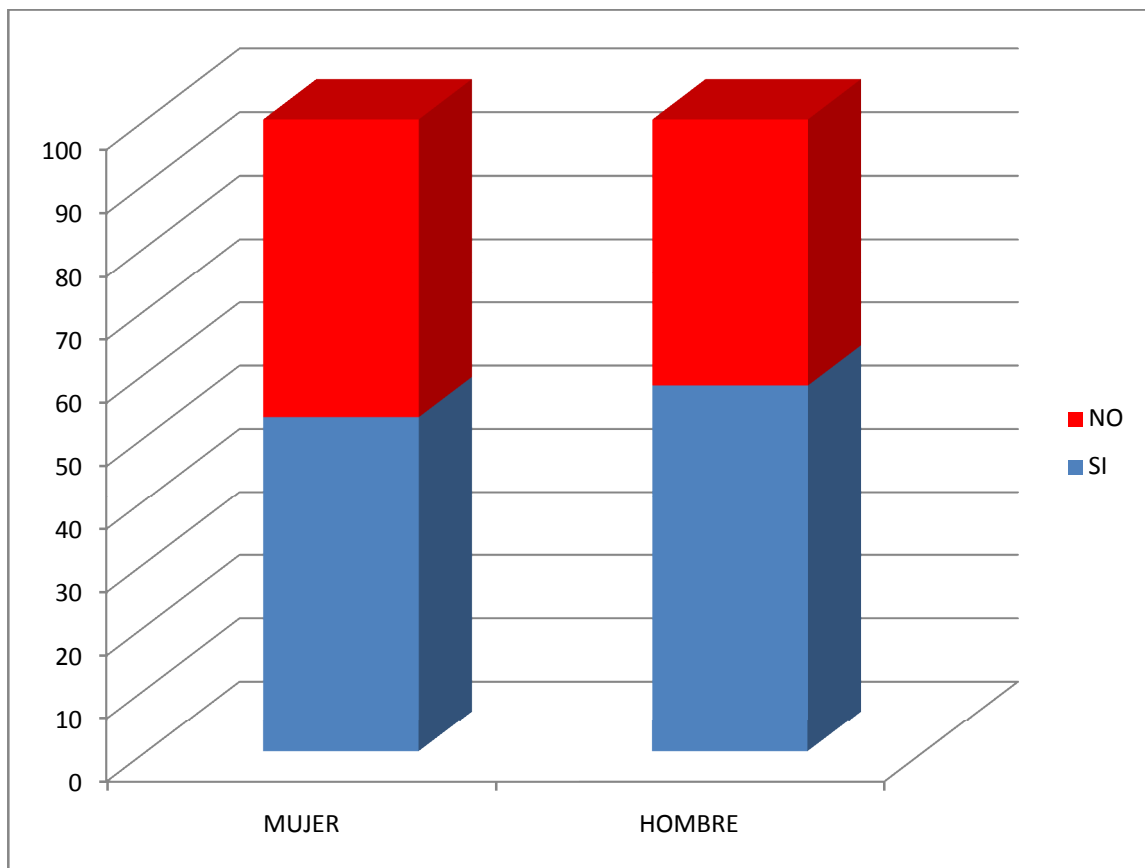


**Gráfico 13.** Inclusión masculina en los cuidados del recién nacido/a.

<sup>817</sup> Torres C, Romo N, Gil Eugenia, op.cit., 2014.

<sup>818</sup> Ausona M, Lactancias maternas más allá del año. Críticas, creencias y corporalidad, Musas, 2016; 1(2).p.22.

Durante el puerperio el 53% de las mujeres y el 42% de los hombres refiere que no se incluye a la figura masculina en los cuidados del recién nacido/a. Participar en los cuidados desde el nacimiento supone un punto importante de cara a promocionar la corresponsabilidad familiar, sin embargo, durante las entrevistas en profundidad las parejas han reiterado como desde el punto de vista de la asistencia sanitaria y durante los primeros días de hospitalización y posteriores visitas la figura masculina es escasamente integrada, lo que da lugar a que se siga reforzando el reparto desigualitario de las tareas reproductivas.



**Gráfico 14.** Cumplimiento de expectativas mujer y hombre durante las visitas del puerperio.

El 53% de las mujeres y 58% de los hombres refiere que durante las visitas de control en el puerperio se cumplieron sus expectativas, en esta etapa temprana los/las profesionales sanitarias se presentan como una herramienta adecuada para responder a las necesidades y demandas de las parejas. Durante la gestación y el parto las parejas se encuentran rodeadas de profesionales sanitarios que están a su disponibilidad, y en el momento de mayor vulnerabilidad, donde aparecen las dudas e inseguridades las parejas entrevistadas refieren que en ese momento no disfrutaron de la atención que demandaban.

El apoyo social, entendido como “red de intercambio social que va desde la familia a las instituciones”, se presenta como un instrumento que permite reducir las respuestas de estrés cuando se afrontan sucesos vitales como es el acceso a la maternidad y la paternidad<sup>819</sup>.

#### 2.4. MATERNIDAD/PATERNIDAD

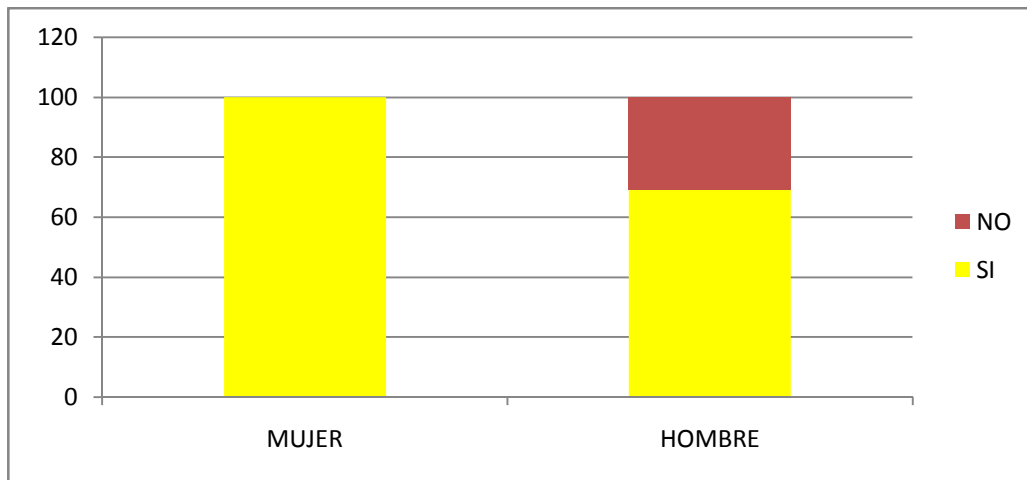
MATERNIDAD/ PATERNIDAD	MUJERES						HOMBRES					
	Frecuencia absoluta		Frecuencia relativa		Porcentaje %		Frecuencia absoluta		Frecuencia absoluta		Porcentaje %	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1.Cambio relación pareja	12	3	0.80	0.20	80%	20%	10	3	0.77	0.23	77%	23%
2.Cambio trabajo	14*	0*	1	0	100%	0%	9	4	0.69	0.31	69%	31%
3. Cambio tiempo ocio	15	0	1	0	100%	0%	13	0	1	0	100%	0%
4.Adecuada legislación r/c conciliación vida familiar-laboral	0	15	0	1	0%	100%	11	1	0.92	0.08	92%	8%
5.Se precisan cambios en la legislación	14	1	0.93	0.07	93%	7%	12*	0*	1	0	100%	0%
6.Favorece legislación incorporación masculina cuidados	0	15	0	1	0%	100%	2*	10*	0.17	0.83	17%	83%

El acceso a la maternidad y paternidad se presenta como un drástico cambio en todas las esferas de la vida de la mujer y el hombre, el relación el 80% de las mujeres y el 77% de los hombres que han participado en el cuestionario refieren que desde que nació su hijo/a se ha producido un cambio dentro de la relación de pareja. Cuando se les pregunta si su nueva situación ha modificado su trabajo, el 100% de las mujeres entrevistadas responde de forma afirmativa, frente a un 69% de hombres. Siendo el 100% de los entrevistados los que responde de forma afirmativa respecto al cambio en el tiempo dedicado al ocio, previo al nacimiento.

Como nos muestra otro estudio el acceso femenino a la maternidad se realiza de forma mecánica, según “unos patrones de normalidad” establecidos en su entorno social, y esta

<sup>819</sup> Alvarado R, Medina E, Aranda W, Op.cit. 2002.

circunstancia da lugar a que a mujer no se percaten de las influencias que tienen las creencias androgénicas en su vida<sup>820</sup>.



**Gráfico15.** Modificaciones en el trabajo tras el acceso a la maternidad y paternidad.

Durante el análisis cualitativo hemos podido resaltar como la maternidad y paternidad se presenta como una fuente de conflicto para algunas parejas, supone una redistribución individual de los tiempos, tanto el dedicado a la vida pública, como la esfera privada. En un principio ambos miembros de la pareja refieren incorporarse a sus puestos laborales cuando finalizan los permisos de maternidad y paternidad, pero tras analizar los discursos nos encontramos con que existen notables diferencias entre la madre y el padre, siendo las mujeres las que modifican su tiempo laboral para acceder al cuidado y las que solicitan modificaciones como reducciones de jornada o excedencias. Esta situación se repite en otros estudios, donde las mujeres son las que sufren las dificultades y escasez de recursos, puesto que son ellas las que intentan compatibilizar trabajo doméstico y trabajo extradoméstico, renunciando a parte de su vida laboral en favor del cuidado de sus hijos/as<sup>821</sup>.

Existe unanimidad en las investigaciones al afirmar que los hombres participan en mayor medida en las tareas reproductivas, pero las mujeres siguen cargando con el mayor peso y responsabilidad de las mismas, invierten mucho más tiempo que los padres dentro de casa y menos fuera, al contrario que los hombres, y asumen las actividades más pesadas, dejando las más gratificantes a los hombres o presentándose como ayuda<sup>822823</sup>.

La construcción simbólica de la maternidad y paternidad se acompaña del discurso naturalista, usado para valorar los diferentes “comportamientos sociales” relacionados tanto con la maternidad como la paternidad; este discurso muy divulgado en los últimos años y refrendado por profesionales de la salud, teoriza sobre los cuidados de la descendencia y la

<sup>820</sup> Torres C, Romo N, Gil E, op.cit.2014.p.12.

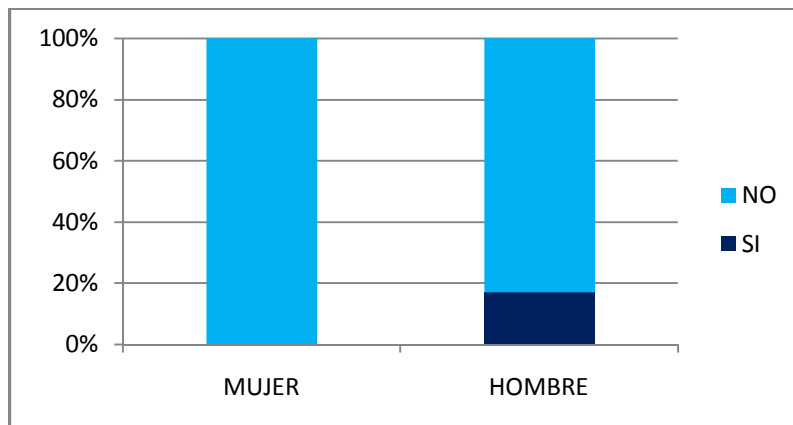
<sup>821</sup> Torres C, Romo N, Gil E, op.cit.2014.p.10,14.

<sup>822</sup> Rodríguez MC, Peña JV, Torío S, La experiencia de la maternidad y paternidad: análisis del discurso de las creencias sobre la crianza y el cuidado infantil, *Infancia y Aprendizaje*, 32:1.p.82-83.

<sup>823</sup> Palacios et al., Op.cit. 2014.p.9-10.

maternidad, de modo que repercute de forma desfavorable en las mujeres, teniendo un fuerte peso para las mujeres<sup>824</sup>. En otro estudio<sup>825</sup> se resalta como las mujeres reconocen las dificultades vinculadas a la maternidad para el desarrollo de otras actividades, donde el discurso hegemónico de la madre ideal repercute en sus decisiones.

El 100% de las mujeres entrevistadas y el 92% de los hombres consideran que la legislación referente a la conciliación de la vida familiar y laboral no es adecuada, considerando un 93% de mujeres y 100% de hombres necesario la introducción de cambios en la misma. A pesar los dos miembros de la pareja refieren dificultades al intentar compatibilizar la vida familiar y laboral, son las mujeres que participan en el estudio las que están dispuestas a modificar sus empleos, los cuidados siguen estando en mayoría en manos femeninas, y con ello experimentan la carga de la doble jornada. Existen cambios dentro del rol de padre, hemos podido ver como se están integrando dentro de los cuidados, pero el cambio es discreto y lento, las parejas son conscientes del cambio, sin embargo la corresponsabilidad como podemos extraer de los relatos de las parejas está lejos de ser real.



**Gráfico 13.** Valoración individual de la legislación vigente sobre su fomento a la incorporación masculina a los cuidados.

El 100% de mujeres y 83% de hombres entrevistados consideran que la legislación vigente en materia de conciliación de vida familiar y laboral no favorece la incorporación masculina a los cuidados. La falta de reflexión sobre la maternidad dentro de la sociedad repercute en esta sobrecarga femenina de responsabilidades de la crianza, no considerarlo cuestión de género dificulta que las políticas públicas sean realmente efectivas para la población<sup>826</sup>. Diferentes estudios nos muestran como el reordenamiento jurídico mantiene el reparto desigualitario entre mujeres y hombres, se reproducen valores, roles e intereses patriarcales, *“al invisibilidad la complejidad y el valor social de la maternidad y paternidad”*<sup>827</sup>. Coincidimos con

<sup>824</sup> Abajo S, Bermant C, Cuadrada C, Galaman C, Soto L, Ser madre hoy: abordaje multidisciplinar de la maternidad desde una perspectiva de género, Musas, 2016;1(2).p.26.

<sup>825</sup> Gil RM, Op.cit. 2016,p.77.

<sup>826</sup> Palomar C, Suárez ME, Op.cit., 2006. p.15.

<sup>827</sup> De las Heras S, Derecho y maternidad: La invisibilización del trabajo de cuidados, Musas, 2016; 1(1):49-62.

Cristina Torres et al.<sup>828</sup> cuando afirman que se precisa generar nuevos roles que permitan a la mujer el desempeño de una “*maternidad saludable*”, abandonando la culpa y el sacrificio, fomentando la entrada equitativa masculina en los cuidados.

---

<sup>828</sup>Torres C, Romo N, Gil E, Op.cit. 2014,p.15.



# **CONCLUSIONES Y PROPUESTAS**

Por todo lo expuesto en desarrollo de la investigación planteamos las siguientes **CONCLUSIONES:**

**PRIMERA:** En la actualidad conviven de forma conjunta dos modelos asistenciales dentro de las Instituciones Sanitarias españolas, siendo el modelo tecnocrático o biomédico el que se encuentra en mayor medida, el cual promueve la medicalización asistencial al proceso de nacimiento, vigente en la actualidad, y que no permite el empoderamiento de la mujer y su pareja en el proceso asistencial. Desde este modelo se perpetúa la visión del proceso de nacimiento como un proceso cargado de posibles riesgos, los cuales resalta por encima del hecho biológico y fisiológico intrínseco, destacando la necesidad de recibir asistencia sanitaria para evitar esos riesgos. La idea mantenida dentro de este Modelo Médico Hegemónico, donde el riesgo se encuentra inherente a cada etapa, sin considerar que las complicaciones solo están presentes en una minoría de mujeres, ha llevado a intervenir en todos los procesos, dejando en segundo y discreto plano las capacidades femeninas para afrontar el proceso, como hemos podido constatar las mujeres y sus parejas viven así la gestación, el parto y el puerperio, experimentando sentimientos negativos, donde el miedo a las posibles complicaciones no les abandona, situación que les lleva a demandar más asistencia sanitaria que les permita aplacar esos temores. Las visitas que se contemplan dentro de los protocolos asistenciales no les parecen suficientes, se muestran dependientes del equipo obstétrico y demandantes.

**SEGUNDA:** La necesidad de “tecnificación” del proceso de nacimiento está fuertemente acompañada de la cesión de poder y autonomía de las mujeres hacia el equipo sanitario que les asiste, llegando a infravalorar sus percepciones individuales. En este contexto desde el discurso de riesgo consustancial al proceso de nacimiento se justifica el uso de la tecnología, donde la cultura del nacimiento en el hospital se encuentra fuertemente enraizada en el ideario de la sociedad, asimilando el nacimiento como un acto técnico, junto a la pérdida de autonomía respecto a la asistencia y las decisiones relativas a la misma, adquiriendo la pareja un rol pasivo, sin participar de forma activa en el proceso. Los diferentes comportamientos paternalistas descritos que mantienen los/las profesionales sanitarios enfatiza el poder que ejercen sobre las mujer/pareja, llevando a que la falta de personalización y sensibilidad durante los encuentros asistenciales influya en la percepción de la asistencia recibida que junto a la vulnerabilidad intrínseca al proceso coloca a la mujer y sus parejas en una posición secundaria respecto a la toma de decisiones, las cuales son ejercidas por el equipo de salud. Podemos afirmar que las parejas se encuentran inmersas en el modelo biomédico, lo tienen fuertemente interiorizado, y muchas de las mujeres no se plantean participar en la toma de decisiones, se muestran dependientes del Sistema Sanitario, y en concreto, el miedo a las posibles complicaciones y el dolor asociado al parto otorgan un sentido utilitarista donde se legitima el parto medicalizado, la atención homogenizada, escasa participación, todo ello acompañado de una falta de inclusión masculina dentro del proceso, siendo este un tema que

se sigue considerando como algo exclusivo de la esfera femenina, situación que perpetúa las desigualdades en relación con la esfera reproductiva.

**TERCERA:** Existen demandas por parte de las parejas que orienten el modelo de atención hacia lo que se conoce como “humanización de la asistencia al nacimiento”, donde ambos sean parte protagonista y se reconozca el lugar de la figura masculina. En este sentido hemos podido constatar que existen discursos contradictorios tanto desde las parejas como las profesionales de la salud. Por un lado, están las voces que defienden la necesidad de prestar una atención basada en la participación y toma de decisiones de la parejas, las cuales coexisten junto con una postura más paternalista, más extendida, donde sean los/las expertas quien tenga el poder de decisión. Cabe destacar como la falta de inclusión de los aspectos psicológicos inherentes al proceso lleva tanto a las mujeres y hombres, como a las profesionales sanitarias a resaltar el mecanicismo adoptado dentro de la práctica asistencial, reconociendo como no se llega a cubrir todas las necesidades sentidas o expresadas por las parejas. Los encuentros sanitarios llegan a convertirse en meros tramites, de modo que surge la necesidad de que el trato asistencial sea dado desde el punto de vista de la Humanización asistencial, con ello se refieren a la posibilidad de recibir información veraz y comprensible que permita a las parejas tomar decisiones consensuadas con el equipo sanitario, desde una postura que promocióne la participación activa y responsabilidad conjunta, integrando los diversos aspectos biopsicoculturales. La tecnología y la humanización no son excluyentes, sino que se pueden prestar una atención basada en las últimas evidencias científicas, sin que por ello, se pierda humanización durante el proceso, se pueden simultanear y completar.

**CUARTA:** Desde las distintas instituciones tanto nacionales como internacionales se aboga por ese cambio durante el proceso de nacimiento, con diferentes iniciativas que conviertan a la pareja el eje central del proceso, una de estas lo constituye la elaboración del Plan de parto, a pesar de todo lo anterior, nos encontramos con que este tipo de herramientas no cumplen con el objetivo para el cual fueron diseñadas, tanto desde la perspectiva femenina, las cuales lo cumplimentan pero no llegan a entregar, otras directamente no quieren participar en la toma de decisiones, y desde la perspectiva de las profesionales sanitarias que perciben esta herramienta como una falta de confianza en su buen hacer profesional. En definitiva, detectamos que existe una falta de comunicación bidireccional que será suplida dependiendo de forma individual de los criterios de la persona que presta asistencia, dando lugar a lo que ya hemos destacado, y es que en una misma institución coexisten disparidad de criterios respecto al modelo asistencial al proceso de nacimiento. Existen profesionales sanitarios-os que apuestan por el cambio dentro del modelo asistencial siempre bajo criterios de seguridad: integrar los aspectos psicológicos, escuchar las demandas de las parejas permitiendo su participación en la toma de decisiones y la inclusión de la figura masculina, integrando creencias, valores, expectativas y cultura, estas personas son conscientes de la asistencia homogeneizada que se presta, y eluden a cierta “inmunización” a las diferentes situaciones, donde el uso masivo de protocolos y la falta de tiempo impiden que la asistencia sea personalizada, dando lugar a situación donde falta la sensibilización, hace que las actuaciones sanitarias se limiten a conocer el estado físico, sin integrar aspectos sociales, psicológicos o

culturales que envuelven a las personas y pueden influir en el buen desarrollo del proceso gestacional. No solo deben modificar sus actitudes el equipo sanitario, las parejas precisan cambiar la actual visión que tienen respecto al proceso de nacimiento.

**QUINTA:** La figura masculina busca ser incorporada y demanda su posición, configurando este apartado una de las demandas asistenciales para redirigir la atención hacia la humanización. Hemos podido comprobar cómo se permite la presencia masculina a lo largo del itinerario asistencial, pero los hombres manifiestan que no se sienten parte integrada del proceso, no todos quieren o buscan participar, pero los que lo hacen se encuentran con diversas barreras a la hora de alcanzar su objetivo. En múltiples ocasiones la figura masculina ejerce un acompañamiento pasivo, por ejemplo, los diferentes contenidos de la Preparación a la maternidad y paternidad no se adaptan a sus necesidades. Hemos podido constatar cómo esta situación no solo depende del equipo de salud, hay mujeres que defienden con argumentos reduccionistas la exclusividad femenina del proceso de gestación al considerar únicamente la biología del embarazo, parto y puerperio como premisa para reforzar la exclusión masculina. Por todo ello, los hombres reclaman su lugar, aunque parte de ellos no desean participar. El equipo de salud se muestra muy rígido respecto a la posición masculina, se ha pasado de una exclusión completa del paritorio a “casi” obligar a que este presente, aunque no se integre dentro del proceso, se tolera su presencia. Podemos afirmar que mantener al hombre apartado, no permitir ocupar su espacio, da lugar a que se sigan reproduciendo desigualdades en torno a la esfera reproductiva, siendo los/las profesionales de salud determinantes a la hora de fijar el grado de incorporación masculina. Actualmente aún se desconoce cómo tratar al futuro padre y con diferentes actitudes se puede limitar su protagonismo, por ejemplo, durante el parto al limitar su presencia en función de los criterios de quien atiende, al no dirigirse a ellos al tratar la información referente a los cuidados de su bebé, no integrar sus necesidades en los contenidos de la Preparación a la maternidad/paternidad... En definitiva, no considerar que también para ellos supone un proceso importante dentro de su ciclo vital.

**SEXTA:** Existen modificaciones respecto al modo de ejercer la paternidad, hay hombres que desean ser incorporados al proceso de nacimiento a pesar de encontrar barreras, y se plantean cuál es su papel en la esfera reproductiva, cuestionan el reparto tradicional respecto a las tareas reproductivas. Constatamos como existe un gran cambio tanto en la ideología como en el modo de ejercer la maternidad y paternidad, sin embargo, son las mujeres las que siguen manteniéndose en el “rol de madre” máxima responsable de cuidados, se sigue hablando del instinto maternal, no presente en el caso masculino. A pesar de los cambios percibidos, las mujeres ven como sus trayectorias profesionales y vida personal son modificadas tras la llegada del primer/a hijo/a, existe una gran dificultad para conciliar la vida laboral y familiar, en caso de necesidad de modificar o reducir el tiempo dedicado al trabajo son las mujeres las que adoptan las diferentes medidas. La figura masculina no siente la presión social que tienen las mujeres, desde el embarazo existe un cambio de comportamiento hacia la gestante por parte de su entorno con el fin de que se adapten a los comportamientos que socioculturalmente son aceptados para la figura de madre, son proyecciones de futuro que buscan modelar los conductas hacia lo que se considera aceptable. Esta situación lleva a que los hombres en

ocasiones sean apartados del proceso de nacimiento, postura que se corresponde con el reparto tradicional, reproduciendo la organización social con el fin de mantener los elementos esenciales intrínsecos a la cultura. Una nueva generación masculina que desea ejercer un nuevo modelo de paternidad participativa, reclaman su lugar y desean compartir con su pareja, para lo cual deben superar distintos obstáculos: papel asignado socialmente, prejuicios de su entorno y el propio sistema sanitario que dificulta su participación. Estos hombres demandan apoyo, información, para poder atravesar lo que también es para ellos un periodo crítico. Las mujeres no lo tienen fácil, deben enfrentarse a la dualidad entre la imagen tradicional de madre y su papel como mujer trabajadora, todo esto contradice la asignación cultural de la capacidad innata femenina para el cuidado y ejercicio de la maternidad, el sacrificio femenino y la culpa siguen estando presentes, como por ejemplo la presión social y sanitaria que han descrito las mujeres para que amamanten a sus hijos/as; pero no ocurre lo mismo en caso del padre, no sienten la presión social, se les otorga poca visibilidad, se perpetua la desigualdad. En definitiva, existe una ruptura con el modelo anterior respecto al ejercicio de la maternidad y paternidad, modelos tradicionales coexisten con nuevas formas emergentes de ejercer la maternidad y paternidad, la incorporación masculina es un hecho, aunque lento hacia el cambio, pero la equidad respecto a la distribución entre el trabajo doméstico y público está lejos de ser una realidad.

Durante el transcurso de la investigación hemos conocido la vivencia del proceso de nacimiento desde las perspectivas masculina y femenina, nos han relatado experiencias particulares determinantes en su ciclo vital, las cuales hemos acompañado de relatos de profesionales sanitarios-os que mantienen contacto durante su desempeño laboral con futuras madres y padres.

Partiendo de los resultados obtenidos derivados del análisis realizado vamos a apuntar una serie de **PROPUESTAS**:

1. Consideramos necesario modificar el discurso relativo al proceso de nacimiento, desde el punto de vista sanitario, se precisa desmedicalizar un proceso fisiológico el cual se encuentra fuertemente intervenido, se precisa incorporar la perspectiva de género a la asistencia que se presta, empoderar a la mujer, capacitándola para ejercer con autonomía una participación activa y potenciar el autocuidado. El equipo sanitario debe plantearse su papel, potenciando la posición de acompañante y facilitador del proceso, desechando posturas más autoritarias. Capacitar a las parejas para integrarse dentro del proceso asistencial permitirá reducir demandas asistenciales y la dependencia mostrada hacia los/las profesionales de la salud. Ejercer una responsabilidad conjunta de las actuaciones reducirá el ejercicio de una asistencia defensiva por parte del equipo sanitario, para lo cual precisa la creación de una comunicación bidireccional, con información veraz, comprensible y adaptada, donde exista una cooperación entre ambas partes, llegando a acuerdos, siempre bajo criterios basados en evidencias científicas y el respeto.

2. Dentro del modelo asistencial al proceso de nacimiento se debe introducir la perspectiva de la "humanización asistencial", esto permitirá integrar a las personas de forma holística, contemplando aspectos biológicos, psicológicos y culturales, los cuales deben tenerse en cuenta si se quiere alcanzar el mayor grado de satisfacción. Revisar el modelo de asistencia permitirá introducir las diferentes demandas emitidas por la población. Los diferentes programas de preparación a la maternidad y paternidad se presentan como una oportunidad única tanto para empoderar a la mujer y el hombre en el proceso de nacimiento, como para integrar al futuro padre, para que esto ocurra es necesario adaptar contenidos.

3. Se debe integrar de forma plena a la figura masculina dentro del proceso de nacimiento, buscar su lugar y permitirle participar, de este modo se fomentará el inicio de un reparto corresponsable en materia de cuidados. Los/las profesionales de la salud deben replantearse el trato que se le otorga al hombre, permitirle el acceso y buscar su lugar. Los contenidos e informaciones relativas al proceso de nacimiento deben contemplar las demandas masculinas, se tiene que propiciar un espacio donde el futuro padre pueda comunicarse. Consideramos necesaria la realización de más estudios centrados en las demandas masculinas, de modo que permitan integrarlas en la asistencia sanitaria.

4. Desde la asistencia sanitaria al proceso de nacimiento se tiene que potenciar la maternidad y paternidad corresponsable. Permitir que ambas partes, mujer y hombre, participen en los cuidados, involucrar al padre desde el primer momento, desechando el modelo social que promueve la exclusividad femenina en el ámbito reproductivo favorecerá el cambio hacia actitudes más equitativas en el seno familiar.

5. Como hemos podido conocer a lo largo de la investigación la legislación vigente en materia de conciliación de la vida familiar y laboral es insuficiente, por eso creemos que se necesitan cambios en esta materia, estos cambios se deben orientar a permitir realmente la corresponsabilidad dentro de las parejas, y no enmascarar una supuesta equidad, detrás de medidas que realmente no potencian la participación masculina, sino que mantienen a la figura femenina vinculada a la máxima responsabilidad de los cuidados.

6. Los resultados del estudio son limitados, por ello nos parece interesante que se realicen más investigaciones que permitan conocer otros modelos de ejercicio de la maternidad y paternidad no exclusivos de parejas heterosexuales, estos modelos no se contemplan en esta investigación, pero deben ser integrados en la asistencia sanitaria prestada, consideramos que hay muchas voces por escuchar.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Abajo S, Bermant C, Cuadrada C, Galaman C, Soto L, Ser madre hoy: abordaje multidisciplinar de la maternidad desde una perspectiva de género, *Musas*, 2016;1(2): 20-34.

Abril P, Romero A, El papel de los hombres en la igualdad de género: cambios, perspectivas y transiciones, Congreso Iberoamericano de Masculinidades y Equidad, Barcelona, 2011, en: <http://www.cime2011.org>(26/3/2015)

Abril P et al., Decisiones de empleo y cuidado en parejas de dos ingresos en España, *DemoSocWorkingPaper*, 48, 2012.

Agea I, ¿Cuáles son las creencias y valores de las embarazadas ante la analgesia epidural?, *Arch Memoria* [en línea], 2015; 12 (4), en: <http://www.index-f.com/memoria/12/12408.php>>(24/1/2017)

Aguilar MJ, Sáez I, Menor MJ, Mur N, Expósito M, Hervás A, González JL, Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia, *NutrHosp*, 2013; 28(3):920-26.

Alemida NAM, Medeiros M, Souza MR. Perspectives of normal delivery pain of primigravidduringthe antenatal period, *TextContextNursing*, Florianópolis, 2012; 21(4): 819-27.

Alvarado R, Medina E, Aranda W, El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido, *Rev. méd. Chile*, 2002;130(5).

Amezcu M, Gálvez Alberto, Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta, *RevEsp Salud Pública*, 2002; 76: 423-36.

Argüello HE, Mateo A, Parteras tradicionales y parto medicalizado. ¿Un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años, *Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 2014; 12(2): 13-29.

Arnau J, Estudio exploratorio de la Humanización en la Atención Perinatal de la mujer del Área I de Salud de la Región de Murcia, Tesis Doctoral, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, 2012.



Ausona M, Lactancias maternas más allá del año. Críticas, creencias y corporalidad, Musas, 2016; 1(2):16-32.

Avedo I, Aspectos éticos en la investigación científica, Ciencia y enfermería, 2002; 8(1):158, en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s071795532002000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s071795532002000100003&script=sci_arttext). (21/4/2015)

Badinter E, ¿Existe el instinto maternal? Historia del instinto maternal. Siglos XVII al XX, Barcelona, Paidós, 1991.

Barrio IM, Simón P, Problemas éticos de la investigación cualitativa, Medicina Clínica, 2006; 126(11): 418-23, en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-problemas-eticos-investigacion-cualitativa-13086126>(21/4/2015)

Beauvoir S, El segundo sexo, 1ª Edición, Madrid, Cátedra-Feminismos, 2005(1949).

Beltrán E et al., Feminismos. Debates teóricos contemporáneos, Madrid, Alianza Editorial, 2005.

Benayas N, González R, Hernández E, Valladolid SI, La epidural y la libertad de movimiento en el proceso de dilatación y parto, Rev Paraninfo Digital, 2015; 22, en: <http://www.indeix-f.com/para/n22/155.php>>(7/6/2016)

Berlanga S, Vizcaya M, Pérez RM, Percepción de la transición a la maternidad: estudio fenomenológico en la provincia de Barcelona, Aten Primaria, 2013; 45(8):409-17.

Bezerra MGA, Cardoso MVLML, Factores interferentes no comportamiento de parturientes: enfoque na Etnoenfermagem, Rev Bras Enferm, 2005; 58(6):698-702.

Biblia de Jerusalén, Bilbao: Editorial Española Descleé de Brouwer, 1975.

Biurrun A, Goberna J, La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía, Matronas Prof, 2013; 14(2):62-6.

Blázquez M, Cornejo M, Empoderamiento de género en las medicinas alternativas y complementarias (mac) de influencia new age ¿es el holismo feminista? Actas del XI Congreso Español de Sociología "Crisis y cambio: propuestas desde la Sociología" Volumen I, organizado por la Federación Española de Sociología (FES) y la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), celebrado en Madrid, 2013 :1377-85.

Blázquez M, Aproximación a la antropología de la reproducción, AIBR. Ed. ELECTRÓNICA, 2005(42),

en: [www.plazamayor.net/antropología/42jul/articulos/jul0506.pdf](http://www.plazamayor.net/antropología/42jul/articulos/jul0506.pdf)(20/2/2015)

Blázquez M, Emociones ante la paternidad: socializando a los hombres. Actas del XI Congreso Español de Sociología "Crisis y cambio: propuestas desde la Sociología", Adenda, organizado por la Federación Española de Sociología (FES) y la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), celebrado en Madrid, 2013:1355-62.

Blázquez M, La incorporación de la perspectiva de género en la atención sanitaria: Propuesta de una metodología de sensibilidad de género, Actas del VII Seminario de la Red Caps de Mujeres Profesionales de la Salud, Madrid, Instituto de la Mujer, 2007; 48-61.

Blázquez MI, Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid, Tesis Doctoral, Universitat Rovira I Virgili, 2009.

Bock G, Thane P, Maternidad y Políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950, Madrid, Ediciones Cátedra, 1996.

Boyle S, Thomas H, Brooks F, Women's views on partnership working with midwives during Pregnancy and childbirth, Midwifery, 2016; 32: 21-9.

Cabrero J, Richard M, El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa, Enferm Clin, 1996; 6(5): 212-17.

Calderón NM, Ruiz CH, La gestación: periodo fundamental para el nacimiento y el desarrollo del vínculo paterno, Av.enferm. 2010; 28 (2): 88-97.

Calvo Sánchez, M.D., Actualización del sistema nacional de salud: reforma legal española, Administración y Gestión, Enfermería viva S21. DAE. 2006: 38-50

Calvo Sánchez, M.D. y col., Derecho de la mujer a la prevención sanitaria protocolizada en gestantes sometidas a violencia, 2011, Ratio Legis.

Camps V, El siglo de las mujeres, Universitat de València, Instituto de la mujer: Ediciones Cátedra, 1998.

Carballeira Y, La evolución del lugar del padre a través de la historia y en la consulta terapéutica. Cambios en la estructura psíquica del niño actual, Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 2009; 48: 147-65.

Carnaval G, González MC, Tovar MC, Valencia C, La experiencia de las mujeres gestantes: "lo invisible", Invest.Educ. enferm, 2013; 21(2): 32-46.

Castellanos E, Soriano I, Sobre la mirada de género en la salud reproductiva y la construcción social de la maternidad, Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia, 2010; 5: 89-108.

Castellanos G, Gaviria C, Ramírez JE, Restrepo OL, Salazar OF, Custodia compartida, Coloquio, Santiago de Cali, Universidad Icesi, 2006; 5-27.

Castro JC, Clapis MJ, Parto humanizado napercepção das enfermeiras obstétricas envolvidascom a assistênciiao parto, Rev Latino-am Enfermagem, 2005; 13(6):960-7.

Cerdán M, Carballo MD, Gómez MA, Heredia F, Salgado I, Cayuela E, Proceso de humanización de la atención a las cesáreas: instauración de un procedimiento para acompañamiento de las gestantes e inicio de la lactancia materna en quirófano, Musas, 2017; 2(1):42-56.

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Naciones Unidas (ONU), El Cairo, 1994.

Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en buenas prácticas, Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid, 2010.

Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Naciones Unidas (ONU), Beijing, 1995.

Davis-Floyd R, Thetechnocratic, humanistic, and holisticparadigms of childbirth. International Journal of Gynecology&Obstetrics, 2001; 75:5-23, en: <http://www.davis-floydpresents.com/uncategorized/the-technocratic-humanistic-and-holistic-paradigms-of-childbirth/>(5/2/2015)

De Dios DS, Equidad de género y embarazo, PerinatolReprodHum 2014; 28 (2):71-8.

De Keijzer B, Hasta donde el Cuerpo Aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina, Revista la Manzana, 2006; 1(1).

Declaración de Ceará en torno a la humanización, Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto se celebró del 2 al 4 de noviembre de 2000 en Fortaleza, Ceará, Brasil, 2000.

De la conciliación a la corresponsabilidad: buenas prácticas y recomendaciones, Instituto de la Mujer, Ministerio de Igualdad, 2008.

De las Heras S, Derecho y maternidad: La invisibilización del trabajo de cuidados, Musas, 2016; 1(1):49-62.

De los Ríos E, Toribio P, Relatando la maternidad. Lo tangible detrás de los estereotipos, Arch Memoria [en línea], 2012;9(2), en: <http://www.index-f.com/memoria/9/9202.php> (7/6/2017)

Del hoyo J, La mujer y la medicina en el mundo romano, Asclepio, 1987; 39: 125-42.

Denzin N, Lincoln Y, El campo de la investigación cualitativa, Madrid, Editorial Gedisa, 2012.

Díaz C, Dema S, Sociología y género, Madrid, Ediciones Tecnos, 2013.

Díaz J, Catalán D, Fernández MM, Granados G, La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud, Gac. Sanit., 2011; 25(6): 483-9.

Díaz Z, García D, Cultura sobre maternidad y paternidad y su repercusión en la concepción de la infertilidad, Rev. cub. salud pública, 2010; 36(3):198-203, en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/62>(26/2/2015)

Duby G, Perrot M, Historia de las mujeres en Occidente. El siglo XX, Madrid, Taurus, 2000.

Ehrenreich B, English D, Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos. Política sexual de la enfermedad, Barcelona, La Sal Edicions de las Dones, 1988 [1981].

El papel de los hombres y los niños en el logro de la igualdad entre los géneros. La mujer en el 2000 y después, Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Secretaría de las Naciones Unidas, División para el adelanto de la mujer, Nueva York, 2008, en: [http://www.un.org/womenwatch/daw/public/w2000/08-52641\\_Women2000\\_SP\\_FIN.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/public/w2000/08-52641_Women2000_SP_FIN.pdf) (2/3/2015)

Elmir R, Schmied V, A meta-ethnographic synthesis of fathers' experiences of complicated birth that are potentially traumatic, *Midwifery*, 2016; 32: 66–74.

Ensayos de antropología cultural, Ariel: Barcelona, Joan Prat, Angel Martínez (Eds.), 1996.

Escot Lorenzo et al, Una evaluación de la introducción del permiso de paternidad de 13 días. Ha fomentado una mayor corresponsabilidad en el ámbito del cuidado de los hijos pequeños, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Dirección General para la Igualdad de Oportunidades, Instituto de la Mujer, 2012.

Escuriet R, Pueyo M, Biescas H, Espiga I, Colls C, Sanders M, et al, La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), *Matronas Prof*, 2014; 15(2):62-70.

Esteban ML, El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista, *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 2006; 2(1): 9-20.

Esteban ML, Távora A, El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas, *Anuario de Psicología*, 2008; 39(1): 59-73.

Esteban ML, Cuidado y salud: Costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. Género y Cuidados: algunas ideas para la visibilización el reconocimiento y la redistribución, Ponencia presentada en Jornadas Internacionales SARE 2003 “Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado” organizado por Emakunde, 2003.

Esteban ML, El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista, *Inguruak*, 2007; 44: 249-61.

Esteban ML, El Género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud, *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 2003; 3(1): 22-39.

Estrategia de atención al parto normal en el Sistema de Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2007.

Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). OMS.2015.

Fernández del Castillo I, La nueva revolución el nacimiento. El camino hacia un nuevo paradigma, Tenerife, Editorial OB STARE, 2014.

Fernández M, Los programas de educación maternal y el empoderamiento de las mujeres, *Musas*, 2017; 2(1):3-20.

Fernández O, La atención sanitaria en el embarazo y en el parto: la opinión de los profesionales, *Mujeres y Salud*, 2005; 16:17.

Fernández R, Corral Segade ME, Pacheco MJ, El parto desde la perspectiva de género. *RevParainfo Digital*, 2016; 25, en: <http://www.index-f.com/para/n25/247.php>>(27/2/2017)

Ferreiro MT, Díaz E, Martínez MD, Rial A, Varela J, Clavería A, Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del parto, *RevCalidAsist*, 2013; 28(5):291-9.

Figuroa JG, Lorena O, La presencia de los varones dentro de los procesos reproductivos, Seminario sobre Varones, Formación Familiar y Reproducción@, organizado por la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, Buenos Aires, 1998.

Foucault M, *La vida de los Hombres Infames*, Caronte Ensayos, Editorial Altamira, Buenos Aires, 1996.

Frade J, Pinto C, Carneiro M, Ser padre y ser madre en la actualidad: repensar los cuidados de enfermería en el puerperio, *Matronas Prof*, 2013; 14(2):45-51.

Franco GA, *Debates sobre la maternidad desde una perspectiva histórica (siglos XVI-XX)*, Barcelona, Icaria editorial, 2010.

Gagnon A, Sandall J, Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both", *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD002869. DOI: 10.1002/14651858.CD002869.pub2.

García D, Díaz Z, Acosta M, El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica, *Rev. Cub. Salud Pública*, 2013; 39(4):718-32.

García D, Díaz Z, Acosta M, Legislación y atención medicalizada al nacimiento en el ejercicio de la maternidad y la paternidad en Cuba, *Rev. Cienc. Salud*, 2012; 10(2):207-21.

García D, Díaz Z, Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio, Rev. Cub. Salud Pública, 2010; 36(4):330-6, en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662010000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662010000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es) (3/1/2015)

García De Lima CM, Pamplona VL, "Health care during the pregnancy-puerperium cycle from the perspective of public service users", Interface, 2008; 12(24):35-46.

García S, Abadía MB, Durán A, Hernández C, Bernal E, Spain: Health System Review, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health System in Transition, 2010; 12(4).

García, MJ, García AC, Las funciones de la matrona en el mundo antiguo y medieval. Una mirada desde la Historia, Matronas Prof, 2005; 6(1):11-8.

Giaxa TEP, Ferrerira MLSM, Miedo e inseguridad de la gestante durante el trabajo de parto como motivos para la demanda de internación precoz, Invest Educ Enferm, 2011; 29(3): 363-70.

Gijón N, Plan de parto: nomenclatura, toma de decisiones e implicación de los profesionales sanitarios, Musas; 2016, 1(2):35-51.

Gil RM, Las experiencias de las mujeres durante el embarazo a partir de un análisis del discurso, Musas, 2016;1: 63-81.

Goberna J, Palacio A, Banús MR, Linares S, Salas Dolors, Tecnología y humanización en asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres, Matronas Prof, 2008; 9 (1): 5-10.

Goberna J, "Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto", ENE, 2012; 6(1):71-8.

Gonçalves TL, Muniz Da Costa O, A exclusão do pai da sala de parto: uma discussão de género e poder, Referência, 2012; 3(7):159-68.

González de Chávez A, La crisis de la función paterna, Mujer y Salud, 2005; 16: 5-6, en: [http://mys.matriz.net/mys16/16\\_sumario.htm](http://mys.matriz.net/mys16/16_sumario.htm) (27/3/2015)

González de Chávez, A, "La omnipotencia: riesgos de desear ser una gran-diosa madre", Mujer y salud, 2010; 29: 17-9.

González T, Cano Alejandra, Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: tipos de análisis y proceso de codificación (II), NureInv, 2010; 45:1-10, en: [http://www.nureinvestigacion.es/home\\_nure.cfm](http://www.nureinvestigacion.es/home_nure.cfm) (20/1/2015)

González T, El aprendizaje de la maternidad: discursos para la educación de las mujeres en España (siglo XX), Convergencia Revista de Ciencias Sociales, 2008; 46: 91-117.

Gross E, ¿Qué es la teoría feminista?, Debate Feminista, 1995; 12(6): 85-105.

Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal, Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. (OSTEBA), Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t), 2010, Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01.

Gutman L, La maternidad y el encuentro con la propia sombra: crisis vital y revolución emocional, 2ª Edición, Barcelona, RBA, 2007.

Hodnett E, Gates S, Hofmeyr J, Sakala C, Continuous support for women during childbirth, Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida), La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 4, en: <http://www.biblioteca-cochrane.com> (3/2/2015)

Imaz E, Mujeres gestantes, madres en gestación. Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas, Tesis doctoral, Universidad del País Vasco, 2008.

Informe anual del Defensor del Pueblo del 2006, España, en: <http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/anual/Documentos/INFORME2006informe.pdf> (11/2/2015)

Irigaray L, Yo, tú, nosotras, Madrid, Cátedra-Feminismos, 1992.

IV Plan de Salud de Castilla y León. Perspectiva 2020. Análisis del estado de salud de la población, Junta de Castilla y León, 2014.

Juan M, Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción, Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 1991; 53: 29-51.



Juliano D, El mito del instinto maternal, *Mujer y Salud*, 2003; Dossier 11.

Jurado T, Castro T, Martín T, Seiz M, González MJ, Domínguez M et al., Corresponsabilidad antes y después del nacimiento del primer hijo en España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto de la Mujer Subvenciones para investigaciones relacionadas con estudios feministas, de las mujeres y del género, 2012.

Kaye D et al., Male involvement during pregnancy and childbirth: men's perceptions, practices and experiences during the care for women who developed childbirth complications in Mulago Hospital, Uganda, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2014; 14(54).

Lagarde M, Los cautiverios de las mujeres. Madres, monjas, putas, presas y locas, Madrid, horas y Horas, la editorial, 2011.

Lamas M, El género. La construcción cultural de la diferencia sexual, México, Miguel Ángel Porrúa Grupo editorial, 2007.

Ledenfors A, Berterö C, First-time fathers' experiences of normal childbirth, *Midwifery*, 2016;40: 26-31.

Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269, de 10 de Noviembre 1995.

Ley 7/2007, de 12 de Abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, BOE núm.89, de 13 de Abril de 2007.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de Marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE núm 71, de 23 de Marzo de 2007.

Linares M, Gálvez A, Linares M. La relación de ayuda a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del primer hijo, *IndexEnferm*, 2002; 38, en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/38revista/38\\_articulo\\_9-14.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/38revista/38_articulo_9-14.php) (8/6/2017)

Locatelli de Almeida CA, Yoshimi O, Women's perspective in the evaluation of the program for the humanization of antenatal care and childbirth, *Rev. Saúde Públ.*, 2009; 43(1):98-104.

López MA, Gutiérrez MC, Grupo de reflexión para la maternidad y paternidad responsable, *RqR Enfermería Comunitaria*, 2013; 1(3):16-27.

López R, Molina A, Martínez M<sup>a</sup> E, Frutos D, Molina T, Figura del padre en relación a la crianza: pasado, presente y futuro, *Cultura de los Cuidados*, 2012; 16, 32:12-7, en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.02> (15/3/2015)

López AB, López MD, Linares M, Emotional state of primigravid women with pregnancy susceptible to prolongation, *Invest Educ Enferm.*, 2015; 33(1): 92-101.

Luque MA, Oliver MI, Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigradas, *Index de Enfermería*, Granada, 2005; 48-49:9-13, en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-12962005000100002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-12962005000100002&script=sci_arttext) (20/2/2015)

Maderuelo JA, Haro AM, Pérez F, Cercas L J, Valentín AB, Eva Morán E, Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales, *Gac Sanit.*, 2006; 20(1):31-9.

Madrid M, *La Misoginia en Grecia*, Madrid, Ediciones Cátedra, 1999.

Maldonado M, Lecannelier F, El padre en la etapa perinatal, *Perinatol Reprod Hum.*, 2008; 22:145-54.

Maroto G, Castaño E, García MM, Hidalgo N, Mateo I, Paternidad y servicios de salud. Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas, *Rev. Esp. Salud Pública*, 2009; 83(2):267-78.

Maroto G, García MM, Mateo I, El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias, *Gac Sanit* [online], 2004; 8(2):13-23, en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500004&lng](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500004&lng) (18/2/2015)

Márquez S, Meneu R, La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión clínica y sanitaria*, 2003; 5(2):47-53.

Martín-Crespo C, Salamanca AB, El muestreo en la investigación cualitativa, *Nure Inv.* (Revista electrónica), 2007; 27, en: [http://www.nureinvestigacion.es/home\\_nure.cfm](http://www.nureinvestigacion.es/home_nure.cfm) (2/5/2015)

Martínez-Hernández A, Masana L, Digiacomo S, Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica, Tarragona/Porto Alegre, Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili/ Associação Brasileira da Rede Unida, 2013.

Martínez A, Pardo J, Un conflicto profesional, un conflicto moral y un conflicto de género: los debates en torno a la atención al parto en la Ilustración, *Cronos*, 2001; 4(1-2):3-27.

Martínez I, Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. Programa de formación de formadores/as en perspectiva de género en salud, Universidad de Valencia, 2005.

Mas R, Barona C, Carreguí S, Ibáñez N, Margaix L, Escribà V, Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la MackeySatisfactionChildbirth Rating Scale, *GacSanit.*, 2012; 26(3):236-42.

Mata MJ, Sánchez MI, López MB, Beneficios de la Educación Maternal en el Parto, *Rev Paraninfo Digital*, 2015; 22, en: <http://www.index-f.com/para/n22/250.php>. (15/5/2015)

Molina I et al. Análisis de las emociones negativas generadas ante el dolor de parto, en mujeres atendidas en un Hospital Público de Tarragona, *Musas*, 2016; 1(2):52-63.

Molina ME, Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer, *Psykhe*, 2006; 15(2): 93-103.

Montes MJ, Martorell MA, Conti MJ, Tecnología médica en el embarazo. Usos y representaciones, *Perifèria*, 2009; 11, en [www.periferia.name](http://www.periferia.name)(28/2/2015)

Montes MJ, Martorell MA, Jiménez MF, Verdura T, Burjalés D, Representaciones del cuerpo en el embarazo. Experiencias de las mujeres, *Matronas Prof.*, 2009; 10 (3):5-10.

Montes MJ, Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos, Tesis doctoral en Antropología Social y Cultural, Tarragona, Universidad Rovira i Virgili, 2007

Mora L, Otálora C, Recagno-Puente I, El Hombre y la Mujer Frente al Hijo: Diferentes Voces Sobre su Significado, *Psykhe*, 2005; 14(2):119 -32.

Mota MF, Lorenzini A, Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências, *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, 2010; 10 (3): 359-67.

Mujeres en cifras. Boletín Estadístico, Instituto de la Mujer, Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad, Número 1, Enero, 2013.

Mujeres en cifras. Boletín Estadístico, Instituto de la Mujer, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Número 3, Marzo, 2013.

Mujeres en cifras, Boletín Estadístico, Instituto de la Mujer, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Número 5, Mayo, 2013 .

Muñoz MN, Competencias profesionales de la matrona en la atención al parto normal. Estudio descriptivo de sus percepciones en la Región de Murcia, Tesis Doctoral, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, 2014.

Nakano AMS, Silva LA, Beleza ACS, Stefanello J, Gomes FA, O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante, Acta paul. Enferm, 2007; 20 (2): 131-7.

Navarro C, Navarrete L, Lara MA. Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el posparto. Salud Mental, 2011;34:37-43.

Nelken M, La condición social de la mujer en España, Madrid, Librería mujeres, horas y Horas, 2012(1919).

Oberman A, Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad, Psicodebate, 2004; 5: 115-30.

Oliva TA, Nascimento ER, Santo F, Percepções e experiências de homens relativas ao pré-natal e parto de suas parceiras, Rev. enferm. UERJ, 2010; 18(3):435-40.

Oliver MI, Plantas y remedios usados tradicionalmente en la asistencia al parto, Matronas Prof., 2000; 1(1):32-41.

Organización Mundial de la Salud (OMS), Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto, Lancet, 1985; 2:436-7.

Oria MC, Influencia del apoyo del acompañante en el proceso del trabajo de parto en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Tesis, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina humana, Lima, 2007.

Ortega N, QuieremeCuidameProtegeme, Libros Editorial UNIMAR, 2016.

Ortiz T, Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX", Arenal, 1999; 6 (1):55-79.

Ortiz T, Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía, *Dynamis*, 1996; 16: 109-120.

Otis K, Brett J. Barriersto hospital births: why do manyBolivianwomengivebirth at home?,*RevPanam Salud Publica*, 2008; 24(1): 46-53.

Palacios J et al., Evaluación y promoción de competencias parentales en el sistema sanitario público andaluz. Proceso asistencial integrado embarazo, parto y puerperio, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014.

Palomar C,Maternidad: Historia y Cultura, *La ventana*, 2005; 22: 35-67.

Palomar C, Suárez ME, “Malas madres”: la construcción social de la maternidad. Reporte de investigación”. Centro de Estudios de Género, Universidad de Guadalajara, 2006:12-34.

Paz C, Artieta I, Grandes G, Espinosa M, Gaminde I, Payo J, Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal, *Aten Primaria*, 2016; 48(10):657-64.

Perdiguero E, Comelles JM, *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Bellaterra, 2000: 207-26.

Perdomini FRI, Bonilha ALL, A participação do pai como acompanhante da mulher no parto, *Texto Contexto Enferm*, 2011; 20(3): 445-52.

Pereira R, Franco SC, Baldin N, El dolor y el protagonismo de la mujer en el parto,*Rev. Bras. Anestesiol.*, 2011; 61(3): 204-10.

Pérez R, Serrano N, ¿Responde el diseño de los permisos de maternidad y paternidad en España al presupuesto de corresponsabilidad entre hombres y mujeres?, *AIS*, 2013; 33:31-54.

Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2014-2016, Instituto de la Mujer, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.

Puyana Y, Mosquera C, Traer “hijos o hijas al mundo”: significados culturales de la paternidad y la maternidad, *Rev.latinoam.cienc.soc.niñezjuv.*, 2005; 3(2):11-40, en: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/RevistaLatinoamericana/article/view/302/171> (11/32015)

Ramírez H, Rodríguez I, Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofamiliar. Revisión bibliográfica, *Matronas Prof.*, 2014; 15(4): e1-e6.

Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de Marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. BOE núm.75, de 29 de Marzo de 1995.

Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural. BOE núm. 69, de 21 de marzo de 2009. Última actualización: 5 de enero de 2017. Artículo 31.

Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Resumen de orientación, Organización mundial de la Salud (OMS), 2016.

Redshaw M, Henderson J. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth:evidencefrom a nationalsurvey, *BMC Pregnancy and Childbirth*,2013; 13(70), en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/70> (6/3/2015)

René E, Díaz I, Repercusión perinatólogica del trabajo de parto con apoyo familiar, *Medisan*, 2005; 9(2).

Rich A, Sobre mentiras, secretos y silencios, *Horas y Horas*, la editorial, 2010.

Rich, A, *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución*, Madrid, Cátedra, 1996.

Rivero A, Del Corral A, Conciliación de la vida familiar y la vida laboral: situación actual, necesidades y demandas: informe de resultados, Instituto de la Mujer, Ministerio de Igualdad, Madrid, 2005.

Roca i Girona J, *De la pureza a la maternidad. La construcción del género femenino en la postguerra española*, Ministerio de Educación y Cultura, Madrid, 1996.

Rodríguez S, Cadenas M, Gilart P, Hacia una atención al parto normal más humanizada: Recomendaciones actuales, *RevParainfo Digital*, 2016; 25, en: <http://www.index-f.com/para/n25/196.php> (27/2/2017)

Rodríguez MC, Peña JV, Torío S, La experiencia de la maternidad y paternidad: análisis del discurso de las creencias sobre la crianza y el cuidado infantil, *Infancia y Aprendizaje*, 32:1, 81-95.

Romeu M, Morilla MT, Fernández J, Uno más en la maternidad. Relato biográfico de la vivencia masculina del embarazo y puerperio, *Arch Memoria*, 2015; 12 (4), en <http://www.index-f.com/memoria/12/12403.php> (27/12/2016)

Romeu M, Morilla MT, Fernández J, Uno más en la maternidad. Relato biográfico de la vivencia masculina del embarazo y puerperio, *Arch Memoria*, 2015; 12(4).

Rousseau JJ, Emilio o de la educación, Madrid, Editorial EDAF, 1985.

Salamanca AB, La investigación cualitativa en las ciencias de la salud, *Nure Investigación*, 2006; 24, en:[http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/F METODOLOGICA/FMetodologica\\_26.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_26.pdf) (8/4/2015)

Salgado AC, Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos, *Liberabit*, 2007;13: 71-8.

Salguero MA, Córdoba D, Sapién S, Decisión y planeación de los hijos en el proceso reproductivo de los hombres, *Avances en Psicología Latinoamericana*, 2006; 27(1):143-53.

Salguero, MA, Feminismo: masculinidad y paternidad, *Tramas*, 2006; 24: 41-60.

Santos A, Radovanovic C, Marcon S, Assistênciapré-natal: satisfação e expectativas, *Rev Rene*, 2010; 11:61-71.

Sapién JS, Córdoba DI, Salguero MA, Cuidado psicoprofiláctico del embarazo: experiencias de mujeres y hombres, *Revista de Psicología Social*, 2008; 20 (3):434-43.

Seivert SL, Gomes ML, Vargens OM, Assistênciapré-natal da casa de parto do rio de janeiro: a visão de suasusuárias, *Esc Anna Nery RevEnferm*, 2008; 12 (4):758-64.

Shorey S, Hong-Gu H, Morelius E, Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review, *Midwifery*, 2016; 40: 207–17.

Solano MC, Fenomenológica- Hermenéutica y Enfermería, *Cultura de los cuidados*, 2006; 19:5-6.

Souza T, Gaíva M, Modes P, A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto, Rev. Gaúcha Enferm., 2011; 32(3):479-86.

Stolke V, La mujer es puro cuento: la cultura del género, Estudios Feministas, 2004;12(2): 77-105.

Suárez MM, Maternidad, paternidad y Estado: Los derechos de conciliación como desarrollo del derecho a la igualdad entre mujeres y hombres, Ius Et Veritas, 2015; 19(39):224-43.

Summary report: the Beijing Declaration and Platform for Action turns 20, Naciones Unidas (ONU), UN WOMEN, New York, 2015.

Taylor SJ, Bogdan R, Introducción a los métodos cualitativos de investigación, 1ª ed., Buenos Aires, Paidós, 1998.

Téllez A, Martínez JE, Sexualidad, género, cambio de roles y nuevos modelos de familia, Seminario Interdisciplinar de Estudios de Género del Vicerrectorado de Estudiantes y Extensión Universitaria de la Universidad Miguel Hernández, 2008.

Thompson R, Miller Y, Birth control: to what extent do women report being informed and involved in decisions about pregnancy and birth procedures? BMC Pregnancy and Childbirth, 2014; 14:62.

Torío S, Peña JV, Rodríguez MC, Fernández CM, Molina S. Hacia la corresponsabilidad familiar: "Construir lo cotidiano. Un programa de educación parental", Educatio Siglo XXI, 2010;28 (1): 85-108.

Torres C, Romo N, Gil E, Influencia de las creencias androcéntricas en la vivencia de la maternidad en mujeres de una comarca rural (España), Recien, 2014;9.

Towler J, Bramall J, Comadronas en la historia y en sociedad, Barcelona, Masson, 1997.

Valle JI, El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957, Matronas Prof., 2002; 9:28-35.

Vargas LM, Sobre el concepto de percepción, Alteridades, 1994; 4 (8): 47-53, en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004> (14/4/2015)



Vegetti S, El niño de la noche. Hacerse mujer, hacerse madre, Madrid, Ediciones Cátedra, 1992.

Velho MB, Santos EKA, Collaço VS, Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram, Rev Bras Enferm, 2014; 67(2): 282-9.

Vidal C, El Informe Cumberlege: cambiando el parto, Mujer y Salud, 2003, Dossier 11.

Vivanco ML, Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción COMFORTS, Reduca, 2009; 1(2):275-99.

Wagner M, Fish can't see water: the need to humanize birth. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2001; 75:25-37.

Wagner M, Global midwifery--traditional and official--and humanization of birth, Midwifery Today, 2007; 83:55-7, en:  
<http://www.midwiferytoday.com/articles/GlobalMidwifery.asp> (23/2/2015)

Widarsson M, Kerstis B, Sundquist K, Engström G, Sarkadi A, Support Needs of Expectant Mothers and Fathers: A Qualitative Study, The Journal of Perinatal Education, 2012; 21(1): 36-44.

**ANEXOS**

## ANEXO I

### **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TESIS DOCTORAL: òLa construcción de la maternidad y paternidad en el sistema sanitario español. Análisis desde una perspectiva de géneroö.**

Investigadora solicitante: Laura De Anta Rodríguez  
Doctoranda del programa de doctorado de Estudios Interdisciplinarios de Género y Políticas de Igualdad de la Universidad de Salamanca.

Tutora de la investigación: Dra. María Dolores Calvo Sánchez  
Profa. Titular de Universidad de Legislación y Admon. Sanitaria.  
Departamento de Derecho Administrativo, Financiero y Procesal.  
Facultad de Derecho-Universidad de Salamanca

#### **RESUMEN:**

**Introducción:** Reproducción, maternidad y paternidad constituyen fenómenos bioculturales donde se reflejan los valores, sentimientos y creencias. Desde los inicios de la historia la asistencia al parto pese a ser este un proceso fisiológico, ha precisado de cuidados y atenciones, pero como respuesta a la asistencia sanitaria que estaban recibiendo las mujeres y sus familias durante el embarazo, parto y puerperio derivada de la actuación de profesionales sanitarios altamente cualificados, en la última década han surgido iniciativas que pretenden humanizar la asistencia al parto. **Objetivos:** Analizar los discursos y prácticas de género presentes en la asistencia sanitaria en el embarazo, parto y puerperio desde la perspectiva de la mujer y el hombre, y los profesionales sanitarios. Conocer los nuevos modelos emergentes de paternidad y maternidad. **Métodos. Ámbito de estudio:** Centros de Salud de Atención Primaria que pertenecen al Área de Salud de Zamora. **Diseño:** Estudio cualitativo basado en el paradigma de la fenomenología hermenéutica. **Sujetos de estudio:** Mujeres y hombres que esperan a su primer hijo/a y los profesionales sanitarios que les atienden. **Recogida de datos:** Se realizará mediante una entrevista en profundidad semiestructurada grabada compuesta de una serie de preguntas abiertas que sirvan de orientación. Tras la cual se realizará un cuestionario. El análisis documental también se contempla como técnica de investigación. **Análisis de datos:** Transcripción de las entrevistas, tras la cual se realizará un análisis de contenido clásico, para identificar la esencia de un fenómeno y transformar la experiencia vivida en una expresión textual de su esencia.

#### **ANTECEDENTES:**

Conscientes de la importancia que tiene el proceso de nacimiento, donde se engloban las etapas del embarazo, parto y puerperio, tanto para la mujer como para el hombre, resulta absolutamente indispensable dar voz a ambos protagonistas para poder profundizar en sus experiencias y percepciones respecto al trato asistencial recibido, cuáles fueron sus vivencias y los significados de las mismas; los discursos y prácticas que desde un enfoque de género se desarrollan en las instituciones sanitarias y reproducen las desigualdades sociales entre los hombres y las mujeres. Hasta no hace

mucho la maternidad no es considerada en los estudios de las ciencias sociales<sup>829</sup>, lo que responde al modelo científico basado en el androcentrismo que durante el transcurso de la historia ha excluido a las mujeres, siendo la ciencia uno de los pilares fundamentales en el mantenimiento de la subordinación de la mujer mediante la justificación y fundamentación de su desigualdad social. Los nuevos significados que adquieren en el mundo contemporáneo la maternidad y paternidad, debido sobretudo al cambio del rol materno hacen surgir una problemática, donde *õla asociación entre la condición humana y competencia innata para la maternidad/paternidad no es necesaria, ya que õno nacemos padresõ sino õllegamos a serloõ*.<sup>830</sup>

El sistema sanitario juega un importante papel en el logro de la participación del hombre hacia el cambio al nuevo modelo de paternidad responsable, puesto que es uno de los medios de contacto más directos con los hombres que van a ser padres y uno de los escasos recursos disponibles para satisfacer la necesidad de habilitación de éstos para la crianza desde el inicio del proceso reproductivo<sup>3</sup>. Entre las nuevas demandas que encontramos por parte de los hombres está la atención directa a sus necesidades y emociones, sobretudo tras el nacimiento, donde los servicios profesionales se vuelcan exclusivamente en el/la bebé y la madre<sup>831</sup>; respondiendo con esta invisibilización al mantenimiento de la identidad de género masculina<sup>832</sup>. Como respuesta a la asistencia sanitaria que estaban recibiendo las mujeres y sus familias derivada de la actuación de profesionales sanitarios altamente cualificados, en la última década han surgido iniciativas que pretenden humanizar la asistencia al parto<sup>833,834</sup> como muestra el Informe del Defensor del Pueblo del 2006 y en la línea de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en la Declaración Fortaleza (1985). El parto humanizado sitúa a la mujer en el centro y control del proceso para que sea ella, y no el personal sanitario, quien tome las decisiones acerca de lo que sucede<sup>5, 835, 836, 837</sup>.

Los actuales programas de atención al embarazo, parto y puerperio, incluidos en el programa de atención a la mujer, a pesar de estar dirigidos en exclusiva a las mujeres, no integran la perspectiva de género<sup>838</sup>, y establecen una serie de condiciones que reproducen consciente y/o inconscientemente unas relaciones de género desigualitarias.

<sup>829</sup> Imaz, Elixabete (2008) Mujeres gestantes, madres en gestación. Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas. Tesis doctoral. País Vasco: Universidad del País Vasco.

<sup>830</sup> Frade Josefina. Pinto Cândida. Carneiro Marinha (2013) "Ser padre y ser madre en la actualidad: repensar los cuidados de enfermería en el puerperio". *Matronas Profesión*. 14(2), Pp.45-51.

<sup>831</sup> Maroto, Gracia ; Castaño, Esther; García, M<sup>a</sup> del Mar; Hidalgo, Natalia; Mateo, Inmaculada. (2009) "Paternidad y servicios de salud. Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas". *Revista Española de Salud Pública* 83(2), Pp.267-278.

<sup>832</sup> De Keijzer, Benno. (2006). "Hasta donde el Cuerpo Aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina". *Revista la Manzana*. 1(1).

<sup>833</sup> Biurrun, Ainoa; Goberna, Josefina (2013). "La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía". *Matronas Profesión* 14(2), Pp.62-66.

<sup>834</sup> Vivanco, M<sup>a</sup> Leonor (2009). "Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid. Validación y adaptación transcultural de la escala de satisfacción COMFORTS". *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)* 1(2), Pp.275-299.

<sup>835</sup> Souza, Taísa. GAÍVA, Maria. MODES, Priscilla.(2011) "A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto". *Revista Gaúcha Enfermagem*. 32(3), Pp.479-486

<sup>836</sup> García de Lima, Cristina M<sup>a</sup>. PAMPLONA, Vera Lucía (2008) "Health care during the pregnancy-puerperium cycle from the perspective of public service users". *Interface* 12(24), Pp.35-46.

<sup>837</sup> Locatelli De Almeida, Cristiane Andréa. YOSHIMI, Oswaldo (2009) "Women's perspective in the evaluation of the program for the humanization of antenatal care and childbirth". *Revista de Saúde Pública*, 43(1), Pp.98-104.

<sup>838</sup> Blázquez, Maribel (2007). "La incorporación de la perspectiva de género en la atención sanitaria: Propuesta de una metodología de sensibilidad de género". *Actas del VII Seminario de la Red Caps de Mujeres Profesionales de la Salud*. Madrid: Instituto de la Mujer, Pp. 48-61.

Mediante una investigación cualitativa basada en el paradigma de la fenomenología se pretende analizar y reconstruir los discursos y prácticas de género dirigidas a la mujer y el hombre durante la asistencia sanitaria, y conocer cómo se construye la maternidad y paternidad en la actualidad, relatando las experiencias y percepciones tanto del hombre como la mujer; se pretende dar voz a los protagonistas de dichos procesos que a menudo permanecen callados, no se trata de buscar òla verdadö respecto a la asistencia sanitaria recibida, sino la comprensión detallada de las perspectivas de las mujeres y hombres que participan en la investigación. Resulta interesante al incluir a la mujer y al hombre como protagonistas del proceso de nacimiento, partiendo de la premisa de que para lograr la equidad de género no nos podemos olvidar de integrar al hombre como sujeto activo. Se incluyen a los profesionales sanitarios que interactúan con las/os futuras/os madres y padres ya que sus acciones influyen directamente en la vivencia del proceso de nacimiento.

### **OBJETIVOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN:**

- Analizar los discursos y prácticas de género presentes en la asistencia sanitaria en el embarazo, parto y puerperio desde la perspectiva de la mujer y el hombre, y los profesionales sanitarios.
- Conocer los nuevos modelos emergentes de paternidad y maternidad.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Relatar en profundidad las experiencias y percepciones de las mujeres y los hombres respecto a la asistencia sanitaria recibida durante el embarazo, parto y puerperio.
- Analizar los discursos y prácticas del sistema sanitario que reproducen las desigualdades de género entre mujer y hombre.
- Conocer si se tienen en cuenta los derechos de la mujer embarazada durante la asistencia sanitaria en el proceso de nacimiento.
- Impacto de género en las prácticas y los discursos de los profesionales sanitarios que prestan asistencia sanitaria en el embarazo, parto y puerperio.
- Explorar el grado de incorporación del hombre en el proceso de asistencia del embarazo, parto y puerperio.
- Identificar que supone tanto para la mujer como el hombre, el cambio de mujer a madre y hombre a padre en su trayectoria vital.

### **HIPÓTESIS:**

1. La asistencia sanitaria prestada durante el proceso de nacimiento (que engloba el embarazo, parto y puerperio) se acompaña de discursos y prácticas que refuerzan las desigualdades de género, colocando a las mujeres en una posición de subordinación y pérdida de autonomía. Desde las instituciones sanitarias se ha medicalizado la asistencia al nacimiento, lo que en un principio es considerado un proceso fisiológico pasa a ser asimilado como una situación de riesgo que requiere de un control por parte de expertos, otorgando el poder sobre el proceso de nacimiento e inicio de la maternidad y paternidad al sistema sanitario.
2. En la actualidad las mujeres y los hombres sienten una serie de necesidades y tienen unas expectativas que difieren de las cubiertas por el actual modelo de atención durante

el embarazo, parto y puerperio. Derivada de esta situación nos encontramos con una serie de demandas por parte de la mujer y el varón que esperan sean cumplidas durante la atención sanitaria, englobado en lo que se conoce como Humanización de la asistencia al nacimiento, proceso que sitúa a la mujer en el centro y control del proceso, para que sea ella y no el profesional sanitario quien tome las decisiones acerca del tipo de asistencia sanitaria recibida, basándose en la mejor evidencia científica disponible; incorporando al hombre durante el proceso asistencial de nacimiento; en definitiva cumpliendo los derechos de la mujer embarazada.

3. Existen profesionales sanitarios que abogan por un cambio en la prestación sanitaria durante el proceso de nacimiento, que junto con las mujeres y hombres, y las asociaciones solicitan una asistencia sanitaria desmedicalizada, humanizada, más fisiológica, que respete las opciones individuales y rompa con la atención homogeneizada que se da en la actualidad.

4. En la sociedad actual se está produciendo un cambio en la ideología y modelo de ejercer la maternidad y paternidad; este cambio responde a las reivindicaciones del feminismo de alcanzar una mayor equidad en la distribución del trabajo doméstico/público. Existe una incipiente incorporación del hombre dentro de las tareas de reproducción, donde los varones se cuestionan los modelos tradicionales de paternidad, rompiendo con su rol masculino asignado, y demandando un mayor grado de incorporación durante la asistencia sanitaria en el proceso de nacimiento.

5. La maternidad y paternidad suponen un cambio de rol, categoría o posición que afecta a la trayectoria vital de la mujer y el hombre. Los modelos tradicionales de ejercicio de la maternidad/paternidad están siendo cuestionados y replanteados por parte de las nuevas madres y los padres, de forma que en la actualidad coexisten diversos modelos.

## DISEÑO METODOLÓGICO:

El diseño metodológico se basa en el paradigma de la metodología cualitativa, en concreto se tendrá en cuenta la perspectiva teórica denominada fenomenología, con este enfoque se pretende entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor, donde *la realidad que importa es lo que las personas perciben como importante*<sup>839</sup>, buscamos descubrir los significados de los fenómenos experimentados por la mujer, su pareja y el profesional sanitario a través del análisis de sus descripciones, donde su principal enfoque se centra en la atención en la experiencia vivida de una persona y obtiene similitudes y significados compartidos<sup>840</sup>. La fenomenología confiere gran importancia a lo individual y la experiencia subjetiva<sup>841</sup>, por ello, la metodología cualitativa se considera la apropiada, puesto que nos permite alcanzar los objetivos generales que se han planteado en la investigación, y nos ayuda a obtener una profunda comprensión de los significados y las definiciones del proceso de nacimiento, pero tal y como lo presentan las personas<sup>842</sup>. Se trata de abordar el proceso

<sup>839</sup> Taylor, Steven J; Bogdan, Robert (1998(1987)). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires. Paidós.

<sup>840</sup> Solano, M<sup>a</sup> del Carmen (2006) Fenomenológica- Hermenéutica y Enfermería. Cultura de los cuidados, 2006,19 Pp.5-6.

<sup>841</sup> Muñoz, M<sup>a</sup> Nieves (2014) Competencias profesionales de la matrona en la atención al parto normal. Estudio descriptivo de sus percepciones en la Región de Murcia. Tesis Doctoral. Facultad de enfermería. Universidad de Murcia.

<sup>842</sup> Salgado, Ana Cecilia (1997) Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit. Pp. 71-78.

de nacimiento desde una perspectiva distinta a la puramente biomédica, donde se admita la subjetividad, tanto de las personas investigadas como del investigador<sup>843</sup>.

### **Técnicas de investigación:**

**-Entrevista en profundidad:** se ha considerado que es la técnica más apropiada para recoger los datos que buscamos. Se pretende realizar una serie de entrevistas periódicas a lo largo del proceso de nacimiento, donde tanto la mujer como el hombre nos vayan dando a conocer sus vivencias y experiencias entorno a la asistencia sanitaria y la vivencia de la maternidad y paternidad. Se entrevistarán también a los profesionales sanitarios que entran en contacto con los actores principales del proceso de nacimiento con el objetivo de conocer sus prácticas y discursos en relación con el proceso de nacimiento, ya que sus actuaciones en gran medida pueden influir en la experiencia o vivencias de las embarazadas y sus parejas. El diseño será flexible, como corresponde a la investigación cualitativa, a pesar de tener un guión la entrevista será abierta y dinámica, adaptándose en cada momento a lo que nos vayamos encontrando en el campo de investigación.

**-Análisis documental:** se tendrán en cuenta otras fuentes documentales como son la revisión y el análisis de la bibliografía relacionada con los objetivos del estudio.

**-Modelo de encuesta:** tras las entrevistas en profundidad a las parejas se les hará entrega de un cuestionario con respuesta dicotómica que versa sobre el tema de estudio.

**Composición y captación de la muestra:** la población de estudio la conformarán las mujeres y hombres que esperan un hijo/a y los profesionales sanitarios que forman parte del proceso asistencial al nacimiento. Las variables que describen los perfiles de los informantes son: Grupo mujer/hombre: primípara, edad, origen/cultura, relación de pareja, situación laboral. Grupo de profesionales sanitarios: edad, origen/cultura, sexo/género, categoría profesional y nivel de formación, experiencia profesional.

**Estrategia de trabajo de campo:** se establecerá contacto con los Centros de Salud de Atención Primaria para solicitar la autorización pertinente para realizar el estudio, y al mismo tiempo se pedirá a las matronas de estos centros su colaboración, ya que serán las encargadas de hacer una primera selección de las parejas que son susceptibles de participar en el estudio, así como de darnos los datos para contactar con ellas. Para la selección de los profesionales sanitarios informantes se tendrá presente la categoría profesional que ostentan (matrona, enfermera, obstetra), así como el lugar de trabajo (Atención Primaria o Especializada). Se procederá a realizar las entrevistas en profundidad con los informantes seleccionados. Tras realizar las entrevistas y durante el tiempo en que transcurren las mismas se realizará la transcripción, tras la cual se hará el análisis de los datos.

**Aspectos éticos:** la investigación se realizará en base a la aplicación de los principios de beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia. La investigadora proporcionará una información comprensible relacionada con la naturaleza, la duración, el propósito, el método utilizado, las molestias, los daños y efectos a la salud. El Consentimiento

---

<sup>843</sup> Amezcua, Manuel; Gálvez, Alberto (2002) Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Revista Española de Salud Pública, 76. Pp.423-436.

Informado será firmado libremente por cada participante en el estudio y el investigador que le informa, pudiendo ser revocado en cualquier momento.  
No existe potencial conflicto de intereses a declarar.



## ANEXO II

### INVITACIÓN A PARTICIPAR

---

En caso de tener alguna duda no dudes en contactar:

Teléfono: XXX XXXXXX

O por medio de correo electrónico:

[lauradeanta@yahoo.es](mailto:lauradeanta@yahoo.es)

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

## ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:

---

### LA CONSTRUCCIÓN DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL. ANÁLISIS DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO



# PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

---

## INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el estudio de investigación **“La construcción de la maternidad y paternidad en el sistema sanitario español. Análisis desde una perspectiva de género”** en el que se le invita a participar.

Los **objetivos generales** del trabajo de investigación al cual se le invita a formar parte se corresponden con analizar los discursos y prácticas de género presentes en la asistencia sanitaria en el embarazo, parto y puerperio desde la **perspectiva de la mujer y el hombre y los profesionales sanitarios**, y explorar los nuevos modelos emergentes de paternidad y maternidad.

## DESARROLLO DEL ESTUDIO

Su participación en el estudio de investigación consiste en participar en una entrevista que tendrá lugar con la investigadora, Laura De Anta Rodríguez, y la cual se corresponde con una **entrevista en profundidad**, abierta, flexible y privada donde relate su experiencia durante el embarazo, parto y puerperio, así como el ejercicio de la maternidad/paternidad.

La entrevista será grabada para su posterior transcripción, tendrá una duración aproximada de 60 minutos. Todo lo que se diga en ella será confidencial, y no recibirá ningún tipo de remuneración por su participación.

## PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se produzca perjuicio alguno en su asistencia sanitaria.

## BENEFICIOS ESPERADOS

Su participación en el estudio nos permitirá aumentar el conocimiento sobre la experiencia vivida desde su punto de vista durante el proceso de nacimiento de su hijo/a, y así permitirnos la mejora de la asistencia prestada.

### ANEXO III

#### HOJA DE INFORMACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

##### **Estudio òLa construcción de la maternidad y paternidad en el sistema sanitario español. Análisis desde una perspectiva de géneroö.**

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar, y el cual cuenta con el consentimiento de la Gerencia de Atención Primaria de Zamora y del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud de Zamora. A través del presente documento pretendemos proporcionarle la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en el estudio.

##### Objetivo de estudio:

Los objetivos generales del trabajo de investigación al cual se le invita a formar parte se corresponde con analizar los discursos y prácticas de género presentes en la asistencia sanitaria en el embarazo, parto y puerperio desde la perspectiva de la mujer y el hombre y los profesionales sanitarios, y explorar los nuevos modelos emergentes de paternidad y maternidad.

##### Participación voluntaria:

Debe saber que su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se produzca perjuicio alguno en su asistencia sanitaria.

##### Descripción general del estudio:

Su participación en el estudio de investigación consiste en participar en una entrevista que tendrá lugar con la investigadora, Laura De Anta Rodríguez, y la cual se corresponde con una entrevista en profundidad, abierta, flexible y privada donde relate su experiencia durante el embarazo, parto y puerperio, así como el ejercicio de la maternidad/paternidad. La entrevista será grabada para su posterior transcripción, tendrá una duración aproximada de 60 minutos. Todo lo que se diga en ella será confidencial, y no recibirá ningún tipo de remuneración por su participación.

##### Beneficios esperados:

Su participación en el estudio nos permitirá aumentar el conocimiento sobre la experiencia vivida desde su punto de vista durante el proceso de nacimiento de su hijo/a, y así permitirnos la mejora de la asistencia prestada.

##### Confidencialidad:

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a la propia investigadora.



## ANEXO IV

### HOJA DE INFORMACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

#### **Estudio òLa construcción de la maternidad y paternidad en el sistema sanitario español. Análisis desde una perspectiva de géneroö.**

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar, y el cual cuenta con el consentimiento de la Gerencia de Atención Primaria de Zamora y del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud de Zamora. A través del presente documento pretendemos proporcionarle la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en el estudio.

#### Objetivo de estudio:

Los objetivos generales del trabajo de investigación al cual se le invita a formar parte se corresponde con analizar los discursos y prácticas de género presentes en la asistencia sanitaria en el embarazo, parto y puerperio desde la perspectiva de la mujer y el hombre y los profesionales sanitarios, y explorar los nuevos modelos emergentes de paternidad y maternidad.

#### Participación voluntaria:

Debe saber que su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

#### Descripción general del estudio:

Su participación en el estudio de investigación consiste en participar en una entrevista que tendrá lugar con la investigadora, Laura De Anta Rodríguez, y la cual se corresponde con una entrevista en profundidad, abierta, flexible y privada donde relate su experiencia como profesional sanitario durante la asistencia a los procesos de embarazo, parto y puerperio. La entrevista será grabada para su posterior transcripción, tendrá una duración aproximada de 60 minutos. Todo lo que se diga en ella será confidencial, y no recibirá ningún tipo de remuneración por su participación.

#### Beneficios esperados:

Su participación en el estudio nos permitirá aumentar el conocimiento sobre la experiencia vivida desde su punto de vista durante la asistencia sanitaria al proceso de nacimiento, y así permitirnos la mejora de la asistencia prestada.

#### Confidencialidad:

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a la propia investigadora.



## **ANEXO V**

### **FORMULARIO COMENTARIOS POST-ENTREVISTA Nº.....**

DÍA Y HORA DE REALIZACIÓN:

LUGAR DE REALIZACIÓN:

DURACIÓN DE LA ENTREVISTA:

PERFILES BÁSICOS DE LOS ENTREVISTADOS/AS (edad, nivel de estudios, profesión, situación laboral, lugar de nacimiento, relación de pareja)

- 1 .CONTACTACIÓN (brevemente, lugar de contactación, hubo o no problemas, reticencias, facilidades mostradas, qué se puede mejorar en el futuro...):
2. TONO GENERAL DE LA ENTREVISTA (actitudes de los entrevistados, cordialidad, recibimiento, grado de empatía,...):
3. BREVE DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO Y PROCESO DE LA ENTREVISTA (actitudes – impresiones de la entrevistadora en relación con la relación de pareja...):
4. RESISTENCIAS/ COLABORACIÓN OBSERVADA EN GENERAL Y EN RELACIÓN CON DETERMINADOS TEMAS:
5. MANIFESTACIONES DE INTERÉS/ ABURRIMIENTO:
6. REAGOS DE PERSONALIDAD DE LOS ENTREVISTADOS QUE SE ESTIMEN RELEVANTES:
7. ¿QUÉ TEMAS HAN QUEDADO FUERA? ¿EN QUÉ NO SE HA PODIDO PROFUNDIZAR, O EN QUÉ CUESTIONES NO SE HAN OBTENIDO RESPUESTAS PRECISAS?
8. PRODUCTIVIDAD DE LA ENTREVISTA ( de forma esquemática, las principales cuestiones abordadas con mayor amplitud/profundidad en la entrevista; qué información recogida es importante, muy importante o de referencia para ilustrar alguna de las hipótesis):

## **ANEXO VI**

### **GUIÓN DE LA ENTREVISTA**

#### **ENTREVISTA A LA MUJER GESTANTE**

##### **Embarazo:**

- ¿Cómo te sentiste en el momento de conocer la noticia de que estabas embarazada? Preocupaciones, miedos, alegrías... ¿Cómo fue la reacción de tu pareja?

- ¿Cómo te encuentras ahora? ¿Qué cambios físicos has experimentado? ¿Qué destacas de estos cambios? ¿Tienes algún problema? ¿Cómo te ves desde que estas embarazada (físicamente)? ¿Como ves tú a otras embarazadas?

-Todos estos cambios que has observado ¿Han modificado el transcurso de tu vida cotidiana?

-En relación con tu entorno: pareja, familia y amigos, desde que conocen el embarazo: ¿Has percibido algún cambio respecto al trato recibido? ¿Han modificado sus comportamientos cuando están contigo? Y tu pareja, ¿Te proporciona cuidados diferentes o especiales por estar embarazada? ¿Cuáles?

##### **Control del embarazo:**

-¿Dónde acudes para realizar el control de tu embarazo? ¿Quién es el profesional sanitario que te atiende? Podrías describir una visita de control de embarazo en la consulta de la matrona y en la del obstetra. ¿Te acompaña alguien a las visitas?

-¿Se te informa de las pruebas que se te van a realizar? ¿Se tiene en cuenta tu opinión? ¿Participas en la toma de decisiones respecto a los cuidados/pruebas que recibes? Participa tu pareja en esa toma de decisiones.

-Respecto a la asistencia sanitaria que has/ recibes en las consultas de embarazo que destacas de ella. Aspectos positivos/negativos. Cambios que consideras necesarios.

-Se promueve la participación de tu pareja/familia en las consultas de control del embarazo.

-¿Cómo consideras que es tu relación con los profesionales sanitarios que te atienden? (Matrona, obstetra, enfermeras...) Cambios, aspectos positivos y negativos a destacar.



-¿Cómo te sientes/que percepciones tienes después de las consultas de control del embarazo?

### **Preparación a la maternidad/paternidad**

-Acudes a las sesiones grupales de preparación a la maternidad/paternidad ¿Por qué? ¿Qué destacas de estos cursos? Cumplen tus expectativas, cubren tus necesidades de información, participas de forma activa.

-¿Participa tu pareja en los cursos? Consideras necesaria la participación de tu pareja en estos cursos.

-La matrona tiene en cuenta vuestras necesidades, intenta adaptarse a ellas. ¿Qué es lo que más te ha gustado de estos cursos? ¿Qué no te ha gustado?

### **Parto**

-¿Qué perspectivas tienes respecto al momento del parto? Preocupaciones, miedos.

-¿Dónde tendrá lugar el parto? ¿Qué tipo de parto deseas tener? (Opciones: parto natural, parto con anestesia...)

-¿De dónde recibes la información acerca del parto? ¿Qué sentimientos tienes cuando piensas en el momento del parto? (Alegría, miedo, preocupaciones).

-¿Cómo fue el parto? Relata la experiencia, vivencias, sentimientos. Se asemeja a lo que esperabas. Como gestionaste el dolor del parto. Uso de técnicas para alivio del dolor.

-¿Cómo fue el trato recibido por los profesionales? Respecto a la asistencia que recibiste durante el parto que aspectos positivos/negativos destacas. ¿Consideras necesario realizar cambios? Se tuvieron en cuenta tus preferencias asistenciales: técnicas de alivio del dolor, posiciones para el parto, acompañante, uso de medicación...

-¿Te acompañó tu pareja durante el parto? ¿En qué medida participó? ¿Se tuvo en cuenta su presencia?

### **Puerperio**

-¿Cómo fue la estancia en el hospital? ¿Cómo te has sentido durante la misma?

-Aspectos a destacar de los cuidados recibidos durante la estancia en el hospital. Información sobre tus cuidados y sobre los del/la recién nacido/a. Se tenía en cuenta vuestra opinión.

-Tipo de lactancia. ¿Por qué? ¿Cómo has vivido esta experiencia? Apoyos, problemas y soluciones que has encontrado.

-Como ha sido la participación de tu pareja en los cuidados del /la bebé durante la estancia en el hospital.

-Visitas de control posparto ¿cómo fueron? Puntos a destacar, ¿Se cumplieron las expectativas? Se promueve la participación masculina.

### **Maternidad**

-¿Se imagina como madre? ¿Qué es para ti ser madre? Sentimientos respecto a la maternidad. Aspectos positivos y negativos de la maternidad.

-¿Qué elementos has valorado en tu decisión de ser madre?

-En qué medida crees que la maternidad va a influir en tu forma de vivir:

-Relación de pareja: en qué medidas consideras que puede modificarse con la llegada de la maternidad.

-Trabajo: ¿Cómo consideras que la maternidad va a influir en tu trabajo? El embarazo, la baja maternal, permiso de lactancia.

-Cuidados del/la recién nacido/a: ¿Quién será el cuidador principal? ¿Cómo os vais a organizar en el cuidado del recién nacido?

Tras el nacimiento:

-¿Cómo se vive/experimenta/siente al ser madre?

-¿Qué información/formación has recibido para esta nueva etapa? ¿De dónde proviene?

-Rutina diaria en casa tras el nacimiento. Distribución de tareas. Cambios.

-Tipo de lactancia. ¿Quién se cogerá el permiso de lactancia?

-Ocio: empleo del tiempo para una misma.

-Valoración de la legislación relacionada con la conciliación laboral-familiar: permisos de maternidad/paternidad, excedencias de cuidado, permiso de lactancia.

## **ENTREVISTA AL HOMBRE**

### **Embarazo:**

- ¿Cómo te sentiste en el momento de conocer la noticia de que tu pareja estaba embarazada? Preocupaciones, miedos, alegrías...

-¿Qué cambios físicos has observado en tu pareja? ¿Qué destacarías? ¿Tiene algún problema? Estos cambios han modificado tu vida cotidiana.

-Todos estos cambios que has observado ¿Han modificado el transcurso de tu vida cotidiana? ¿Has modificado tu comportamiento hacia tu pareja? ¿Le proporcionas algún cuidado especial?

### **Control del embarazo:**

-¿Acudes a las visitas de control de la gestación? Recibís información sobre las diferentes pruebas, controles... Se os pide opinión. Participas en la visita: toma de decisiones, necesidades de información.

-Respecto a la asistencia sanitaria que recibe tu pareja en las consultas de embarazo que destacas de ella. Aspectos positivos/negativos. Cambios que consideras necesarios.

-¿Cómo consideras que es tu relación con los profesionales sanitarios que te atienden a tu pareja? (Matrona, obstetra, enfermeras...) Cambios, aspectos positivos y negativos a destacar.

-¿Cómo te sientes/que percepciones tienes después de las consultas de control del embarazo?

### **Preparación a la maternidad/paternidad**

-Acudes a las sesiones grupales de preparación a la maternidad/paternidad ¿Por qué? ¿Qué destacas de estos cursos? Cumplen tus expectativas, cubren tus necesidades de información, participas de forma activa. Consideras necesaria la participación de tu pareja en estos cursos.

-La matrona tiene en cuenta vuestras necesidades, intenta adaptarse a ellas. ¿Qué es lo que más te ha gustado de estos cursos? ¿Qué no te ha gustado?

### **Parto**

-¿Qué perspectivas tienes respecto al momento del parto? Preocupaciones, miedos. Como consideras que será tu papel en el momento del parto.

-¿De dónde recibes la información acerca del parto? ¿Qué sentimientos tienes cuando piensas en el momento del parto? (Alegría, miedo, preocupaciones).

-Relata experiencia, vivencias, sentimientos, durante el parto. Se asemeja a lo que esperabas.

-¿Cómo fue el trato recibido por los profesionales? Aspectos positivos/negativos destacas. ¿Consideras necesario realizar cambios? Se tuvieron en cuenta tus vuestras necesidades.

- ¿En qué medida participaste en el parto? ¿Se tuvo en cuenta tu presencia?

### **Puerperio**

-¿Cómo fue la estancia en el hospital? Aspectos a destacar de los cuidados recibidos durante la estancia en el hospital. Información sobre cuidados del/la recién nacido/a. Se tenía en cuenta vuestra opinión.

-Como ha sido la tu participación en los cuidados del /la bebé durante la estancia en el hospital.

-Visitas de control posparto, ¿cómo fueron? Puntos a destacar, ¿Se cumplieron las expectativas? Te sientes implicado en los cuidados del/la bebé.

### **Paternidad**

-¿Se imagina como padre? ¿Qué es para ti ser padre? Sentimientos respecto a la paternidad. Aspectos positivos y negativos de la paternidad.

-¿Qué elementos has valorado en tu decisión de ser padre?

-En qué medida crees que la paternidad va a influir en tu forma de vivir:

-Relación de pareja: en qué medidas consideras que puede modificarse con la llegada de la paternidad.

-Trabajo: ¿Cómo consideras que la paternidad va a influir en tu trabajo?

-Cuidados del/la recién nacido/a: ¿Quién será el cuidador principal? ¿Cómo os vais a organizar en el cuidado del recién nacido?

Tras el nacimiento:

-¿Cómo se vive/experimenta/siente al ser padre?

-¿Qué información/formación has recibido para esta nueva etapa? ¿De dónde proviene?

-Rutina diaria en casa tras el nacimiento. Distribución de tareas. Cambios.

-Tipo de lactancia. ¿Quién se cogerá el permiso de lactancia?

-Ocio: empleo del tiempo para una misma.

-Valoración de la legislación relacionada con la conciliación laboral-familiar: permisos de maternidad/paternidad, excedencias de cuidado, permiso de lactancia.

## ANEXO VII

### GUIÓN ENTREVISTA AL PROFESIONAL SANITARIO/A

*-Origen/cultura:*

*-Categoría profesional y nivel de formación:*

*-Sexo/género:*

*-Edad:*

*-Experiencia profesional:*

#### **Embarazo:**

-¿Se sigue un protocolo en el control del embarazo? ¿Qué opinas sobre este protocolo, nº visitas, pruebas...? En caso necesario se pueden modificar. Las gestantes se controlan en la asistencia privada

-Se trabaja en equipo durante el control de la gestación.

- Se contemplan las necesidades individuales de la mujer embarazada?

-¿Consideras el embarazo un riesgo para la mujer? ¿Por qué? ¿Cómo se valora?

-¿Qué tipo de pruebas se realizan durante el control de embarazo? ¿Se le solicita el consentimiento a la mujer embarazada? ¿Se le informa sobre la finalidad de las mismas? Se tiene en cuenta su opinión a la hora de realizar las pruebas.

-Participa la mujer en la toma de decisiones sobre el control de su embarazo, se involucran, opinan.

-Cumplen con las diferentes recomendaciones que se le dan. Las mujeres expresan como les gustaría que fuese la atención que reciben o si se precisa introducir algún cambio.

-En qué medida consideras importante la participación del padre durante la gestación. Consideras necesaria la presencia de la pareja durante las visitas de control de gestación.

-En qué medida consideras que se contemplan los aspectos psicológicos de la pareja durante el embarazo.

-¿Qué importancia le consideras que tienen las clases de preparación a la maternidad/paternidad? ¿Consideras necesaria la participación masculina? Piensas que cubren las necesidades de las parejas. Recomendas la asistencia a las parejas .

-Consideras oportuno la introducción de algún tipo de cambio en el control de la gestación.

### **Parto**

-¿Cuáles son las funciones de cada profesional (matrona, obstetra) durante la asistencia al parto? Existen protocolos para la asistencia al parto normal. Se trabaja en equipo.

-¿Durante la asistencia al parto se informa a las mujeres de la finalidad de las técnicas que se le aplican? ¿Se tiene en cuenta sus preferencias? ¿Se implican en la toma de decisiones?

-¿Consideras necesaria la presencia del padre en el parto? ¿Hasta qué punto se le implica o involucra?

-¿Crees que se cubren las necesidades/expectativas de la embarazada durante el parto? ¿Se tienen presentes sus emociones?

-Define lo que consideras un parto respetado o humanizado.

-¿Consideras oportuno la introducción de cambios en la asistencia sanitaria que se presta a la mujer y su pareja? ¿Cuáles?

### **Puerperio**

-Durante el tiempo de hospitalización ¿Consideras que la mujer recibe la información necesaria para su cuidado y del/la recién nacido/a?

-¿Se involucra al padre en lo cuidados de su hijo/a?

-Respecto a la elección de la alimentación del recién nacido ¿Qué opinas? ¿Se apoya a aquellas mujeres que optan por la lactancia materna? ¿Y la artificial?

-Existe un protocolo de visitas en el puerperio. ¿Cuántas visitas se realizan a la mujer? Se incluye a la figura masculina en esta visita, como agente de cuidados.

-En las visitas durante el puerperio se atiende a las necesidades emocionales de la pareja.

-Desde tu punto de vista se precisa realizar algún cambio a la asistencia sanitaria que se presta en el puerperio.

**ANEXO VIII**

**CUADROS RESUMEN ENTREVISTAS**

ENTREVISTADO/A	LUGAR Y MOMENTO DE LA ENTREVISTA	DURACIÓN ENTREVISTA
PAREJA 1 Ana Juan	Lugar público: terraza bar. El mismo día se entrevista a la pareja por separado. Se realiza cuando su hijo tiene 8 meses.	Ana 00:52:20 Juan 00:32:12
PAREJA 2 Nuria Antonio	Se realizan dos entrevistas con cada uno. Lugar público: terraza de bar. Las entrevistas tienen lugar de forma individual y en días diferentes. La primera entrevista al final del tercer trimestre de gestación. La segunda cuando su hijo tiene 2 meses con Nuria, y 3 meses con Antonio.	Nuria 1ª 00:32:08 2ª 00:43:08 Antonio 1ª 00:20:17 2ª 00.24.06
PAREJA 3 Julia Pedro	Se realiza entrevistas individuales en diferentes días. Lugar público: terraza de bar. Se realiza cuando su hija tiene 10 meses.	Julia 00:42:21 Pedro 00:34:34
PAREJA 4 Sara Nicolás	Las dos entrevistas son conjuntas y se realizan en una cafetería. La primera al final del tercer trimestre, con 39 semanas de gestación. La segunda cuando su hijo tiene 3 meses.	1ª 00:34:41 2ª 00:46:25
PAREJA 5 Verónica Manuel	Todas las entrevistas son conjuntas, siendo realizadas la primera en una cafetería, y la segunda y tercera, en el domicilio de la pareja. La primera y la segunda entrevista tienen lugar al final del tercer trimestre de gestación. La tercera cuando su hija y tiene 3 meses.	1ª 00:43:22 2ª 01:08:27 3ª 01:24:38
PAREJA 6 Pilar Julio	La primera entrevista la realizan de forma individual, y la segunda conjunta. Todas tienen lugar en una cafetería. Primera entrevista al final del tercer trimestre de gestación, la segunda cuando su hijo tiene 4 meses.	Pilar 00:51:03 Julio 00:33:17 3ª Ambos 00:48:38



PAREJA 7 Isabel Andrés	Ambas entrevistas las realizan de forma conjunta, la primera en una terraza y la segunda en una cafetería. La primera entrevista tiene lugar en el tercer trimestre de gestación y la segunda cuando su hijo tiene 2 meses y medio.	1ª 00:52:19 2ª 00:40:56
PAREJA 8 Lucía Álvaro	La entrevista es conjunta y se realiza en una cafetería, cuando su hija tiene 2 meses.	1ª 00:53:38
PAREJA 9 Sofía Daniel	La entrevista tiene lugar en una cafetería y la realizan de forma conjunta, cuando su hija tiene 6 meses.	1ª 00:58:51
PAREJA 10 Marisa Víctor	La primera entrevista tiene lugar de forma conjunta, y la segunda solo acude Marisa. Ambas se realizan en una cafetería. La primera entrevista en el tercer trimestre de gestación, la segunda cuando su hijo tiene 3 meses y medio.	1ª 00:47:56 2ª 00:32:45
PAREJA 11 Elisa	La entrevista se realiza de forma individual, su pareja decide no acudir. Tiene lugar en una cafetería, cuando su hijo tiene 6 meses.	1ª 00:44:29
PAREJA 12 Adriana	Las entrevistas se realizan de forma individual, su pareja decide no acudir. Tienen lugar en una cafetería. La primera durante el tercer trimestre de gestación, la segunda cuando su hijo tiene 3 meses.	1ª 00:34:56 2ª 00:34:59
PAREJA 13 Judit Lucas	La entrevista se realiza de forma conjunta y tiene lugar en una cafetería, cuando los gemelos tienen 7 meses.	1ª 00:47:20
PAREJA 14 Marina Hugo	La entrevista tiene lugar de forma conjunta y en una cafetería, cuando su hijo tiene 4 meses.	1ª 00:56:26
PAREJA 15 Claudia Héctor	La entrevista tiene lugar de forma conjunta en casa de los padres de Claudia, cuando su hija tiene 2 meses y medio.	1ª 01:09:09
Matrona Lourdes	La entrevista tiene lugar en la consulta de Atención Primaria donde trabaja.	00:24:16

Matrona Adela	La entrevista tiene lugar en la consulta de Atención Primaria donde trabaja.	00:38:27
Matrona Alba	La entrevista tiene lugar en una cafetería.	00:34:33
Matrona Berta	La entrevista tiene lugar en la consulta de Atención Primaria donde trabaja.	00:35:02
Matrona Carmen	La entrevista tiene lugar en el paritorio donde trabaja. En la zona de control de enfermería.	00:47:30
Matrona Gabriela	La entrevista tiene lugar en una cafetería.	00:20:09
Matrona Lara	La entrevista tiene lugar en el paritorio donde trabaja. En una consulta vacía.	01:26:17
Ginecóloga Carolina	La entrevista tiene lugar en el paritorio donde trabaja. En la zona del control de enfermería.	00:16:09
Ginecóloga Carla	La entrevista tiene lugar en el paritorio donde trabaja. En una habitación no ocupada.	00:23:31
Ginecóloga Macarena	La entrevista tiene lugar en un lugar público al aire libre.	00:34:48
Ginecóloga Paula	La entrevista tiene lugar en el paritorio donde trabaja. En una consulta vacía.	00:19:13





