

Universidad de La Habana
Facultad de Biología
Museo Antropológico Montané

Representaciones y prácticas sobre el nacimiento: un análisis desde la
perspectiva antropológica. Ciudad de La Habana, 2007-2010.

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud.

Autora: MSc. Dailys García Jordá
Tutora: Dra. C. Leticia Artiles Visbal

La Habana
2010.

SÍNTESIS

El propósito de esta investigación fue comprender, desde las perspectivas teóricas de la Antropología Médica y de Género, cómo se articulan en las representaciones y prácticas del embarazo, el parto y el puerperio, los factores socio-culturales que intervienen en la experiencia de las mujeres y sus familias y determinan su salud durante el proceso. Se utilizaron técnicas cualitativas de investigación: entrevistas y observación participante a las/los protagonistas en el nacimiento (gestantes, madres, familiares y médicos). Los discursos fueron analizados según la Teoría Fundamentada con diseño sistemático y codificación abierta y axial. Se puso de manifiesto que el proceso reproductivo es un evento biocultural, que la concepción médica predominante concibe como un problema de salud cuyo principal responsable es el sistema médico, y cuyo evento de mayor significación es el parto institucionalizado y medicalizado. Se constató que la maternidad es una vivencia ambivalente, ineludible en la vida de las mujeres. En general se evidenciaron desigualdades de género derivadas del ejercicio de los roles reproductivos por las mujeres/madres.

ÍNDICE

Contenido	Pág.
Introducción	1
1. Antropología Médica y de Género aplicada al estudio del embarazo, parto y puerperio	7
1.1. <i>La reproducción humana: aspectos biológicos, culturales y sociales</i>	7
1.2. <i>El nacimiento antes y durante el siglo XX</i>	8
1.3. <i>La reproducción humana como problema de salud. Los servicios médicos en la atención al embarazo, el parto y el puerperio</i>	10
1.3.1. <i>Algunos aspectos del nacimiento como acontecimiento médico en Cuba</i>	12
1.3.2. <i>La humanización de la atención al embarazo, el parto y el puerperio</i>	14
1.4. <i>Antropología de Género. El análisis del embarazo, el parto y el puerperio desde la perspectiva de género</i>	16
1.4.1. <i>El género y los modelos de maternidad y de paternidad</i>	19
1.5. <i>Antropología Médica: Aspectos conceptuales</i>	21
1.5.1. <i>Perspectiva antropológica en el estudio del embarazo, el parto y el puerperio</i>	22
1.6. <i>La investigación antropológica: Técnicas de investigación cualitativa</i>	25
2. Diseño metodológico	27
2.1. <i>Universo de estudio y muestra</i>	27
2.2. <i>Recolección de la información</i>	28
2.3. <i>El marco antropológico como herramienta de análisis</i>	30
2.4. <i>Análisis de la información obtenida</i>	31
2.5. <i>Consideraciones éticas</i>	32
Resultados	
3. Ideología asociada al embarazo, el parto y el puerperio desde la perspectiva de los prestadores de salud	33
3.1. <i>Factores culturales y sociales asociados al embarazo, el parto y el puerperio que lo definen como parte de un proceso biocultural</i>	33
3.1.1. <i>Los cambios en la natalidad</i>	33
3.1.2. <i>Medicalización de la reproducción</i>	34
3.2. <i>Vivencias y percepciones de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio</i>	38
3.2.1. <i>Concepción de la maternidad</i>	38
3.2.2. <i>Concepción de la paternidad</i>	40
3.3. <i>Relación que se establece entre las mujeres y el servicio de salud</i>	40

3.3.1. <i>Relación médico – paciente</i>	41
4. <i>Del derecho al hecho. El ejercicio de la maternidad a través de las leyes</i>	42
5. <i>El relato de lo vivido. Estudios de caso</i>	44
5.1. <i>Análisis individual de los estudios de caso</i>	44
5.2. <i>Análisis integral de los estudios de caso</i>	50
6. <i>De mujeres a madres: entrevistas a mujeres, acompañantes y médicos, durante la estancia hospitalaria</i>	53
6.1. <i>Factores culturales y sociales asociados al embarazo, el parto y el puerperio que los definen como parte de un proceso biocultural</i>	53
6.1.1. <i>¿Estoy embarazada?! El deseo y la planificación del embarazo</i>	53
6.1.2. <i>Medicalización de la reproducción</i>	54
6.2. <i>Vivencias y percepciones de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio</i>	58
6.2.1. <i>Concepción de la maternidad</i>	58
6.2.2. <i>El parto</i>	60
6.2.3. <i>Primer encuentro de la madre con su hijo/a</i>	66
6.2.4. <i>El puerperio hospitalario</i>	66
6.2.5. <i>Concepción de la paternidad</i>	68
6.3. <i>Relación que se establece entre las mujeres y el servicio de salud</i>	69
6.3.1. <i>Relación médico – paciente</i>	69
7. <i>En el escenario hospitalario</i>	71
7.1. <i>El ambiente hospitalario. Los servicios observados</i>	71
7.1.1. <i>Descripción general de las áreas de interés en el hospital I</i>	71
7.1.2. <i>Descripción general de las áreas de interés en el hospital II</i>	71
7.1.3. <i>Descripción general de las áreas de interés en el hospital III</i>	72
7.2. <i>La vivencia del parto. Relación que se establece entre las mujeres y el servicio de salud</i>	72
7.2.1. <i>La mujer/paciente durante preparto</i>	72
7.2.2. <i>El parto</i>	73
7.2.3. <i>Alojamiento conjunto. El primer encuentro de la madre con su hijo/a</i>	79
7.2.4. <i>La sala de puerperio</i>	82
8. <i>Análisis y discusión de los resultados</i>	83
8.1. <i>El embarazo, el parto y el puerperio como proceso biocultural</i>	83
8.2. <i>Vivencias y percepciones de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio</i>	89
8.3. <i>Relación que se establece entre las mujeres y el servicio de salud</i>	99
8.4. <i>Perspectiva de género en el estudio del embarazo, el parto y el puerperio</i>	102

8.5. <i>El enfoque fisiológico en la atención al embarazo, el parto y el puerperio. Propuesta de intervención</i>	107
Conclusiones	109
Recomendaciones	110
Referencias bibliográficas	111
Anexos	
I. <i>Caracterización general de los expertos entrevistados</i>	123
II. <i>Caracterización general de las mujeres entrevistadas y sus compañeros</i>	124
III. <i>Guía semi-estructurada de entrevista y observación participante a mujeres, familiares y médicos durante la estancia en el hospital</i>	126
IV. <i>Solicitud de autorización y Carta de autorización para trabajar en uno de los hospitales seleccionados</i>	129
V. <i>Fragmentos de discursos usados en la construcción de las categorías y subcategorías</i>	133
VI. <i>Consentimiento informado para participar en el estudio</i>	147
VII. <i>Estudios de Caso. Análisis de las entrevistas en profundidad</i>	149

Introducción

La reproducción humana incluye un conjunto de procesos fisiológicos moldeados por la cultura, en virtud de condiciones políticas, materiales y culturales. En general se interpreta de manera muy diversa y su significado se asocia a la cosmovisión de cada grupo, lo que la define como un proceso biocultural (1; 2; 3). Como otros procesos biológicos, el embarazo, el parto y el puerperio adquieren especial relevancia cuando se estudian desde la Antropología, por la importancia que toman al interior de las diferentes sociedades y por constituir un medio eficaz para conformar y mantener la identidad de una persona y de su grupo (2). Muchos estudios antropológicos ponen de manifiesto la pluralidad de formas de significar la experiencia en torno al embarazo y al nacimiento de un hijo/a. En general investigan y comparan distintos sistemas culturales y enfatizan cómo a partir del hecho biológico universal de parir, la cultura modela la manera de entenderlo y los medios materiales para asistirlo, a través del análisis de las definiciones, prácticas, expectativas, dudas, miedos y relación con los/as profesionales (1; 2; 4).

En las sociedades occidentales el qué, cómo, quién y por qué cuidar los procesos relacionados con el nacimiento, se han modificado en el tiempo conforme a la evolución social. Se nace en una época y en un determinado contexto, en el que se articulan las representaciones y prácticas que lo ordenan y dan sentido. De ser un suceso que transcurría en el grupo con la ayuda y el apoyo general de las mujeres, se convirtió progresivamente en un acto de interés social con un importante valor político y económico, que debe ser controlado. Con esto cambia el lugar de nacimiento y sus participantes y se introducen nuevas formas de percibirlo, nombrarlo y limitarlo, que conducen a nuevas maneras de representarlo (1; 4; 5; 6).

Desde mediados del siglo pasado, el embarazo, el parto y el puerperio (EPP) dejan de ser atendidos por mujeres, parteras y comadronas, fuera del ámbito sanitario, para pasar a ser un proceso hospitalario. Se consolidan las bases de la hegemonía de la institución médica con poder sobre la salud, la enfermedad y el nacimiento y de esta manera se inserta en la medicalización que sufren diversos procesos bioculturales. Con la transición de lo privado a lo público este proceso deja de ser un fenómeno compartido por la mujer con sus redes sociales: es el personal médico, quien dirige, decide y está presente; se concibe como un acontecimiento aislado de su entorno, igual y uniforme para todas las gestantes, basado fundamentalmente en su carácter biológico (4; 5). Esto ha implicado que se haya separado del resto de las experiencias de vida de la mujer y por ello, la gestante se concibe como una paciente pasiva y dependiente (5).

El proceso reproductivo se ha tratado en Cuba como un evento más médico que social y cultural. El conocimiento hegemónico para afrontarlo es el del sistema médico, que posee una cobertura casi absoluta y logra bajos índices de mortalidad materna e infantil, lo que constituye su atributo de mayor relevancia. Su investigación en general se ha orientado hacia los aspectos fisiológicos y clínicos fundamentalmente, y se le ha prestado poca atención a su configuración socio-cultural, que solo se ha

estudiado de manera aislada en la determinación de trastornos o complicaciones.

El entorno socio-cultural que rodea a una gestación considerada normal y su influencia en el proceso en particular y en la salud de la mujer y su familia en general no han sido suficientemente tratados. En su estudio se ha privilegiado el discurso de la comunidad médica sobre las concepciones de las mujeres acerca de sus experiencias y su cuerpo, por lo que no afloran, según esta perspectiva, las consecuencias que puede tener para ellas, sus familias y la sociedad, el tránsito por el proceso. Por tal motivo se hace necesario abarcarlo de una manera integral, a través del análisis interpretativo de las vivencias, representaciones y prácticas de los distintos actores, las mujeres, sus compañeros, su familia y los profesionales, los roles que asumen y se esperan de cada uno de ellos/as en el curso del proceso.

La reproducción humana está dotada de significación en todos sus elementos, el embarazo, el parto, con el nacimiento propiamente y el primer encuentro de la madre con su hijo, y el puerperio. En conjunto poseen una connotación social que debe considerarse en la base del modelo de atención, en el cual la persona, su historia de vida y percepciones, instituyan el eje central y de acción. Esta representación se sustenta en la necesidad de un enfoque antropológico, holístico, con hincapié en las variaciones individuales y poblacionales desde una perspectiva cultural y adaptativa.

La Antropología, a partir de los distintos puntos de vista de los actores involucrados en un proceso, puede lograr interpretaciones que saquen a la luz aspectos desvalorados, rescatar discursos escondidos bajo la opresión de discursos dominantes y proponer nuevas formas de ordenamientos sociales que respeten los criterios de diversos actores (5). A través de esta disciplina, se considera a la reproducción como un proceso biológico y socio-cultural, el cual se describe y analiza desde el relato de lo vivido por los/as protagonistas, para *“hacer surgir lo que suele despreciarse del proceso terapéutico: la dimensión del sentido y de los valores”* (4; 7), con la *“mirada”* que sabe hacer extraño lo cotidiano y ver más allá de los acontecimientos, que permite explicar de manera más amplia que las disciplinas biomédicas el proceso reproductivo y ayuda a mostrar los problemas que subyacen (1).

El EPP constituye un momento de transcendencia en la vida personal y familiar en el que se desarticulan o consolidan aspectos de la feminidad y la masculinidad a través del sistema de género que está presente y representado en la sociedad y que determina la vivencia de la maternidad, la paternidad y el advenimiento de un hijo en función de su sexo, el cambio de estatus de una mujer a madre y de un hombre a padre y la transmisión de valores a un nuevo ser social. Esto influye en la percepción y actuación de los profesionales de la salud que atienden el proceso y de alguna manera contribuye al encuentro o desencuentro en la relación médico – paciente. Por tal razón se hace necesaria la perspectiva de género en el análisis, para hacer visible la manera en que a través de su condicionamiento socio-cultural se organizan y mantienen las diferencias e inequidades históricas entre hombres y mujeres. En la

presente investigación, se analizan desde esta perspectiva, las representaciones de la mujer gestante, la atención al parto y los modelos de maternidad y paternidad, que no solo tienen que ver con la capacidad biológica de las mujeres para engendrar y amamantar, sino también con las traducciones históricas, económicas, sociales y culturales que se han realizado de este hecho (1). Los resultados develan cómo surgen y de qué forma se representan las definiciones sobre las mujeres y los hombres y de qué modo se explican sus diferencias respecto a la reproducción, la maternidad y la paternidad.

La presente investigación se inscribe de este modo en los estudios del proceso reproductivo con perspectiva feminista, lo que alude al feminismo como teoría crítica que, además de colocar en primer lugar la inclusión de la diferencia sexual y de la categoría género en la salud, señala y devela los conocimientos y prácticas biomédicas que de alguna manera tributan a la subordinación de las mujeres y reproducen las desigualdades existentes (8). Con la concepción de que *“feminista es toda Antropología que acepta que las relaciones de opresión entre hombres y mujeres son alterables y entiende que es necesario analizarlas para mejorarlas”* (9).

En general, la disciplina antropológica y en particular la Antropología Médica y de Género en el estudio del EPP aportan las herramientas necesarias e introducen el holismo en el análisis. Estudia las variaciones culturales y adaptativas, teniendo en cuenta el efecto de la edad, del espacio de reproducción social y las condiciones socioeconómicas, así como las interacciones que tienen lugar entre las personas, como el contexto social y cultural que de conjunto influye en el tránsito por el proceso. En el marco de la sociedad cubana actual, no existen estudios conocidos que contextualicen a la reproducción a través del EPP, teniendo en cuenta sus procesos históricos, políticos, económicos y sociales, así como la diversidad de formas en que las mujeres y sus familias la piensan y la representan. No se conocen estudios que busquen describir la experiencia vivida durante un embarazo y parto normal y su determinación en la condición de salud.

La atención al EPP es un proceso histórico y social y por tanto contextual, cuyas bases biomédicas se orientan en función de las representaciones socio-culturales de sus protagonistas. Por consiguiente el conocimiento de los factores sociales y culturales que intervienen durante su curso, constituye un aspecto esencial en la práctica del llamado sanitarismo moderno, que considera imprescindibles los aportes de las ciencias sociales, fundamentalmente de la Sociología y la Antropología (10). Entre los resultados de esta investigación emergen elementos que han sido descritos en la literatura como evidencia del desdén de los factores sociales y culturales en la atención de salud, entre ellos la deshumanización, el deterioro de la relación médico-paciente y la manipulación tecnológica excesiva del cuerpo de las mujeres (10; 11).

Problema de investigación

El embarazo, el parto y el puerperio normales están suficientemente caracterizados desde el punto de

vista morfo-fisiológico: no obstante es limitada la comprensión de las dinámicas socio-culturales y contextuales que lo condicionan, así como, las representaciones y las prácticas que se desarrollan durante el mismo y su influencia en el éxito del proceso, en relación con la salud, el bienestar y la calidad de vida de las mujeres y sus familias.

Preguntas de investigación:

¿Qué factores culturales y sociales se asocian al EPP que lo definen como un proceso biocultural de salud?

¿Cómo se expresan la biología, historia personal y el espacio de reproducción social de las mujeres en su actuación y percepción de sí misma, del fruto de la concepción, de la atención que reciben y de la organización de los servicios de salud?

¿Cómo influye el género en la definición y la comprensión del embarazo, el parto y el puerperio y en los modelos de maternidad y de paternidad?

Objetivos:

- Caracterizar al embarazo, al parto y al puerperio como partes de un proceso biocultural de salud.
- Describir vivencias y percepciones de las mujeres durante el tránsito por el embarazo, el parto y el puerperio.
- Describir la relación que se establece entre las mujeres y el servicio de salud.
- Describir la representación y la práctica asociada al embarazo, el parto y el puerperio y los modelos de maternidad y paternidad desde la perspectiva de género.

Las técnicas de investigación cualitativa en el estudio del proceso salud-enfermedad descubren la especificidad cultural de los protagonistas, hacen visible el modo en que la práctica médica, la relación médico-paciente y las características particulares del grupo, influyen en sus perfiles de salud (12). En la investigación del EPP normal, permiten profundizar en sus determinantes sociales y considerar las dimensiones de su interacción durante el proceso, lo que difícilmente puede ser abordado de manera integral con otras técnicas. Lo que contribuye a comprender la complejidad de los procesos sociales y culturales que, en interacción con su base biológica, determinan el tránsito de las mujeres y sus familias por el EPP y su impacto en la salud individual, familiar y colectiva.

*La **novedad** de la presente investigación radica en varios aspectos, entre estos:*

- Develar, mediante un enfoque antropológico, factores sociales y culturales asociados al EPP y a su atención por el sistema de salud, insuficientemente estudiados no solo en Cuba sino también en otros países.

- El estudio del EPP bajo el enfoque de los determinantes sociales de la salud¹, en particular de la aplicación de la categoría Género, como determinante estructural, que se expresa en la percepción, vivencia y actuación de las mujeres/madres, hombres/padres, prestadores de salud y en la organización jerarquizada de los servicios de atención.
- La aplicación de la Antropología Médica y de Género al análisis del sistema de atención al EPP en particular y de salud en general, a través de la interpretación del imaginario de los diferentes actores, receptores y prestadores de atención sanitaria, a partir de lo que estos expresan y sienten, lo que pone de relieve la utilidad de esta ciencia como herramienta para el análisis integral de los problemas de salud y los modelos médicos de actuación (hegemónico vs. social).

Los aportes de esta investigación son los siguientes:

- Proporcionar un marco teórico y conceptual, así como un nuevo conocimiento desde la perspectiva antropológica, y herramientas metodológicas cualitativas aplicadas al estudio del embarazo, el parto y el puerperio.
- Conocer cómo se generan y reproducen en la atención sanitaria al EPP prácticas de género que refuerzan las desigualdades existentes, como vía para proponer políticas de salud que promuevan la igualdad entre hombres y mujeres.
- Poner de manifiesto cómo la medicalización excesiva del embarazo, el parto y el puerperio pueden llegar a tener consecuencias desfavorables en las mujeres, como vía para proponer políticas de salud que reivindicquen la representación fisiológica del nacimiento a través de una práctica que enfatice en su normalidad y naturalidad en la vida y otorgue un mayor protagonismo a las parejas durante el proceso.

¹ Según el “Modelo Conceptual sobre Determinantes Sociales de la Salud. OPS, 2005” (155)

*Antropología Médica y de Género
aplicada al estudio del embarazo, el parto y el puerperio*

La construcción de una familia, incluye para la mayoría de los hombres y mujeres adultos, la reproducción. Este elemento del proceso de conformación familiar suele ser percibido como un logro desde la perspectiva personal, de pareja, familiar y social. Una pareja fértil es capaz de procrear cuando no existen entre ellos impedimentos para la fecundación. La condición necesaria es en sí misma biológica, pero pueden existir obstáculos ambientales, culturales o sociales (13).

1.1. La reproducción humana: aspectos biológicos, culturales y sociales.

El desarrollo humano comienza con la fecundación, aproximadamente dos semanas después del inicio de la última menstruación, cuya interrupción constituye el primer indicio de un embarazo. Dura aproximadamente 40 semanas a partir del primer día del último ciclo menstrual o 38 semanas a partir de la fecundación. Según su desarrollo, se suele dividir en tres etapas de tres meses cada una, con el objetivo de simplificar la referencia a los diferentes estados de desarrollo del feto. En el año 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres, de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del fruto de la concepción y termina con el parto.

Durante el embarazo ocurren cambios fisiológicos, bioquímicos y anatómicos extensos que pueden ser sistémicos o locales, muchos de los cuales regresan a su estado pre-gestacional entre el parto y las seis semanas del puerperio. El crecimiento fetal y de la placenta provocan alteraciones en el metabolismo de la madre. Los cambios físicos más ostensibles son la ganancia de peso y las alteraciones en las formas del cuerpo. En general garantizan un entorno saludable para el feto, sin compromiso de la salud materna (14). El parto constituye el modo activo de expulsión del feto y la placenta, posterior a las 22 semanas de gestación. Según la OMS, se define como normal aquel parto que tiene un comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde su inicio y hasta después del alumbramiento. El niño o la niña nace espontáneamente en presentación cefálica entre las semanas 37 y 42. Después de dar a luz, tanto la madre como el recién nacido se encuentran en buenas condiciones. El puerperio normal, se define desde que termina el alumbramiento hasta el regreso al estado normal pregravídico del organismo femenino, 42 días posteriores al parto (15).

Los aspectos biológicos del proceso reproductivo están detallados en textos especializados o divulgativos realizados desde la perspectiva médica, con enfoque clínico. Por lo general los factores sociales solo se han estudiado en la determinación del bajo peso al nacer y otros trastornos que se producen durante el embarazo: la clase social a la que pertenece la madre como factor que favorece o no las condiciones de salud, de alimentación y de autocuidado durante el periodo (16), el nivel de escolaridad (17), la zona de residencia (urbana o rural) (18), factores relacionados con el trabajo paterno y el apoyo familiar (19) y el tipo de ocupación materna enmarcada en trabajos manuales o intelectuales (20). El entorno socio-cultural

que condiciona a una gestación considerada normal no ha sido suficientemente estudiado.

El EPP es considerado trascendental para los grupos sociales, por las posibles situaciones de peligro para la integridad y la salud a las que se expone el binomio madre-hijo durante su curso y por incluir momentos de transición en la vida (2). Su percepción, como proceso que se relaciona con la salud y la enfermedad está determinada por la cultura. Como proceso biocultural, se socializa y enmarca en el terreno del “cómo debe ser”. En términos particulares esto implica, para cada sociedad o grupo, en qué momento debe la mujer embarazarse, cómo debe parir a un hijo/a, qué debe comer un recién nacido. Esta socialización de determinado proceso biológico trascendental (el cómo debe ser) se sustenta en las creencias y prácticas que la comunidad – persona tiene según su cultura sobre lo que es normal (2).

En la sociedad cubana un conjunto de imágenes influyen en el proceso reproductivo. Muchas creencias y prácticas han sido en mayor o menor medida populares a lo largo de años. En general forman parte de una ideología que identifica y se involucra de alguna manera en el tránsito por el proceso desde lo personal, familiar y colectivo.

1.2. El nacimiento antes y durante el siglo XX.

Entre las referencias anteriores al siglo XX sobre el proceso reproductivo, *Las Casas*, en *Historia de las Indias*, refiere que las aborígenes, se multiplicaban mucho, no dejaban de trabajar durante el embarazo y los dolores durante el parto eran pocos e insensibles, se lavaban inmediatamente después en el río y al día siguiente regresaban a sus labores habituales. El aborto era practicado con relativa frecuencia, para lo cual utilizaban ciertas hierbas o zumos, que provocaban la expulsión del producto muerto (21). Coincide la descripción del Obispo de Chiapas, quien además agrega que después de lavar en el río a la criatura le daban leche a beber y regresaban a sus oficios (22). *Las Casas*, refiere además que eran frecuentes los partos de gemelos, que se hacían igualmente que los otros, con gran prontitud y facilidad (21). Ante la retención de la placenta utilizaban la cebadilla, por lo general con buenos resultados y al no lograr la expulsión en algunos casos, practicaron la cesárea (22).

En 1711 se inauguró en La Habana, en la Casa de Niños Expósitos o Casa Cuna, una sala de Partos Secretos (23) para asistir a madres solteras sin recursos económicos suficientes para ocultar su "deshonra". Ingresaban de manera oculta para parir y dejar al recién nacido en la institución (24). En el Libro de Actas de la Sociedad Antropológica de la Isla de Cuba (1877 – 1891), no se hace referencia a los embarazos, partos, ni a la atención a estos, solo se menciona a San Ramón como el protector de los partos, entre los fetiches de la gente blanca (25).

En Europa, la medicina sobre las mujeres permaneció anclada hasta el siglo XVII frente a los progresos médicos en otras áreas, posiblemente porque la moral y valores de la época no permitían que fueran visitadas por hombres, o porque la imagen social las consideró como incompletas, defectuosas, más cerca

de lo animal que de lo humano (26) y por esto, sin interés. La partera, con un saber reconocido o no por el poder político y el apoyo a otras mujeres como deber moral y necesidad, estuvo presente durante siglos y supuso la única asistencia cualificada a la que tuvieron acceso las mujeres en sus partos. La ignorancia de las parteras y el desinterés de la medicina hacia la anatomía femenina y las técnicas del parto “*no fueron inevitables: fueron la consecuencia de la misoginia institucionalizada*” (sic) (27). Durante este siglo, la asistencia al parto pasa de ser un asunto privado a ocupar un espacio público de interés para los Estados, con la entrada masiva de los varones, cirujanos (6; 27; 28), cuya autoridad sobre las comadronas se establece con la aparición del fórceps (27; 29; 30). A partir de este momento se definen los límites de las prácticas de cada cual y a las matronas se les asignó la asistencia de los partos normales, situación que sigue vigente en la actualidad (4).

El siglo XVIII marcó el inicio de un desarrollo impetuoso de la obstetricia, que se evidencia en los estudios anatómicos del útero y la pelvis, el perfeccionamiento del instrumental obstétrico, el reconocimiento del origen infeccioso de la sepsis puerperal y la construcción de pabellones de maternidad en hospitales. Desde los primeros años del siglo XX en Europa, el control prenatal mejoró y a partir de 1920 la mortalidad infantil se convirtió en un tema de suma importancia, se llamó la atención sobre su prevención y se identificaron las principales causas de mortalidad perinatal (31). En esta época el embarazo y sobre todo el parto, se consideraban sujetos a vicisitudes imprevisibles e incontrolables que podían poner en peligro la vida de la madre y el fruto de la gestación. La embarazada, era percibida en la barrera entre la normalidad y el riesgo, que había que conjurar para limitar su presencia y mantenerlo en un margen que permitiera llegar al final sin lesión. Para ello se disponía de toda una serie de prácticas y rituales preventivos que llevarían a cabo la mujer y quienes la rodeaban y que conferían seguridad y sensación de control sobre estos acontecimientos. La embarazada era el móvil en quien incidir, modificar o proteger. Como portadora de un bien, debía atenerse a las normas y tener en cuenta los tabúes sociales previstos y era la responsable del bienestar y salud del producto de su gestación. Recomendaciones y restricciones de legos y médicos tenían como objetivos comunes asegurar el mantenimiento del embarazo, la formación fetal y facilitar el parto (4). Desde entonces la alimentación cubría una amplia gama de significados preventivos. Se refería la práctica de la dieta (32) frente al “comer por dos”, con vistas a un parto más sencillo, discurso utilizado aún en la actualidad (4). Se planteaba además que en el transcurso del parto influía el sexo de la criatura. Los partos más fáciles, las características consideradas positivas durante el embarazo o la forma más estética del cuerpo, correspondían a la gestación de un hijo, representaciones que reflejan el valor diferencial concedido a niños y niñas en la época (4).

En la evolución de la asistencia al nacimiento se refleja el sesgo de género característico de la organización social del trabajo, por el cual las labores mejor valoradas y públicas corresponden al mundo

masculino y las privadas al femenino. Mientras perteneció al espacio de lo privado como tarea manual femenina, no estuvo socialmente considerado, con su paso a la esfera pública, se elevó su prestigio y reconocimiento y con ello, el interés creciente de los varones por dicho trabajo (4). A mujeres y matronas se les usurpó un terreno de saberes y prácticas que quedó bajo el control de los médicos, lo que las situó en condiciones de desigualdad, dependencia y supeditación (4; 5). Su tránsito al mundo médico excluyente, le restó protagonismo y participación a las familias, ya que por lo general, la mujer queda aislada de sus redes cotidianas de apoyo, en un ambiente hospitalario (5; 33).

1.3. La reproducción humana como problema de salud. Los servicios médicos en la atención al embarazo, el parto y el puerperio.

La reproducción, según *Foucault* es objeto de intervención médica, aunque “*ni para el sujeto ni para el médico, constituye una enfermedad*” (34). El embarazo y el parto son ejemplos paradigmáticos de la actividad medicalizadora (35; 36; 37; 38), ya que se incluyen entre los problemas que abarca la medicina moderna que antes no estaban definidos como entidades médicas (39), debido a la extensión de las funciones curativas y preventivas hacia las de control y normatización (40). El sistema médico oficial hegemoniza el control sobre los conocimientos que se refieren al cuerpo humano, en este caso al femenino y sus procesos fisiológicos. Las mujeres desde el inicio de su gestación deben utilizar los servicios médicos, cuyos discursos y prácticas se imponen socialmente y construyen el eje alrededor del cual giran la casi totalidad de sus experiencias a lo largo del proceso procreativo (4).

El proceso reproductivo es fisiológico y natural, pero durante su curso pueden surgir complicaciones que afecten el bienestar y la vida de los implicados (madre-embrión/feto/recién nacido). El organismo femenino es más susceptible biológica y emocionalmente durante esta etapa, de modo que le acompaña la concepción de riesgo característica de las patologías, por lo que se entiende como un “problema de salud” y se justifica la intervención sanitaria. La mujer busca ayuda en otro, el especialista y se transforma en paciente (41), lo que marca en principio la dicotomía entre proceso fisiológico – proceso patológico que caracteriza su atención (1).

La atención a la reproducción está insertada en el Modelo Médico Hegemónico (MMH), que se refiere a la biomedicina, medicina científica o alopática, y es aceptado socialmente como la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de la enfermedad, legitimado tanto por criterios científicos como por el Estado; a través de rasgos estructurales como el biologicismo, la eficacia pragmática, el dominio de una orientación curativo-asistencial, la identificación ideológica con la racionalidad, la relación médico-paciente asimétrica y subordinada, la concepción del paciente como ignorante o portador de un saber médico equivocado, consumidor pasivo y su exclusión del saber médico. Es un modelo que a pesar de las críticas que se le han planteado continúa en evolución y

expansión (36; 40; 42).

El control “medicalizador” sobre el cuerpo de las mujeres y su capacidad reproductiva ha estado presente en los últimos decenios. Dos razones suelen explicar este hecho, la ginecología históricamente ha asumido el cuerpo femenino como patológico o defectuoso (43; 44) y las bajas tasas de natalidad, que imponen la necesidad de controlar todos los embarazos y partos para que lleguen a buen término, lo que constituye un medio indirecto de control social de las mujeres, que abre el camino a la actividad normativa y controladora de la medicalización (34; 36; 45). El control biomédico de las etapas del curso vital femenino ha logrado una considerable reducción en las tasas de morbi-mortalidad materna y neonatal en gran parte del mundo y avances en el tratamiento de la infertilidad, entre otros beneficios. Sin embargo, sus prácticas han sido objeto de crítica por dos motivos: su énfasis en los aspectos fisiológicos por sobre los psico-sociales y su tendencia a medicalizar procesos biológicos normales (5). Esta autora no niega la utilidad y los beneficios que implican los controles prenatales para el monitoreo del embarazo, no obstante considera que estos deben realizarse respetando en todo caso el protagonismo de las parejas durante el proceso, a través de una relación respetuosa que considere elementos contextuales que puedan influir sobre el mismo.

En la atención biomédica a estos procesos hoy día, se privilegia el empleo de sofisticada tecnología. La ecografía en particular, se usa de forma rutinaria e implica un aumento del control por la profesión médica (4; 5). La información que esta aporta es de mayor relevancia que la que puede aportar la gestante, por lo que las vivencias y juicios sobre su estado, son descartados mediante los criterios “científicos”, de modo que viven el embarazo a través de sus médicos, sus percepciones no tienen valor (38), ocurre una alienación de los sentidos propios, que pasan al profesional que se supone conocedor de “las cosas como deben ser” (46). Sobre esto *Brigitte Jordan* introduce el concepto de “conocimiento autorizado” como el construido socialmente, que se le reconoce al MMH y que desautoriza el saber de las mujeres y las comadronas (47). Este sistema médico da carácter de objeto al paciente, mecaniza el cuerpo y exalta al médico en un estatus de jerarquía que atribuye un conocimiento autorizado solo a los que saben utilizar la tecnología y descodificar la información que proporciona (3).

Internacionalmente la medicalización e institucionalización del parto obedeció a diferentes motivaciones y evolucionó de diversas maneras en los últimos 50 a 60 años. Originalmente estuvo centrada solo en el parto y progresivamente se amplió a todo el embarazo y el puerperio. En términos generales tendió a deslegitimar y discriminar los conocimientos de las comadronas, que pasaron a formar parte de los equipos de trabajo en los hospitales; en la mayoría de las naciones europeas se mantuvo su formación y función en la atención de los partos normales (4; 8; 48). La situación actual es diferente, España por ejemplo posee un modelo intervencionista institucionalizado, atendido por profesionales de medicina y

de enfermería especializados, similar al de países como Irlanda, Rusia, República Checa, Francia y Bélgica, con una reciente tendencia al incremento de los partos naturales sin intervenciones en los propios hospitales y el incremento de otras modalidades, como el parto domiciliario. En Europa coexisten otros modelos alternativos como el de Holanda y países escandinavos, desinstitucionalizados y atendidos fundamentalmente por matronas cualificadas y autónomas, o el que plantea un parto institucionalizado y humanizado, como ocurre en Reino Unido y Alemania (49). En Estados Unidos, el proceso de medicalización del parto a principios del siglo XX fue hegemónico, a través de leyes contra las comadronas. En la actualidad, aunque el parto biomédico es aún ampliamente hegemónico, se aprecia un declive en esta tendencia medicalizadora y ha surgido una gran variedad de opciones como alternativas en las últimas décadas, que incluyen habitaciones alternativas de atención al parto en los hospitales, centros de nacimientos o de maternidad independientes de los hospitales y servicios de partos domiciliarios (3; 5; 50). Latinoamérica ha recibido influencias de ambos modelos. En Chile, por ejemplo, que en la actualidad exhibe niveles de excelencia, más del 70 % de los partos son atendidos por matronas, posee alternativas de atención de partos fuera de establecimientos médicos especializados como casas de partos y parto domiciliario para atención natural del parto, desarrolla proyectos de atención intercultural de partos y desde 2008, desarrolla el programa de Maternidad centrada en la familia, con enfoque de género y parto humanizado (5; 51). Países como Nicaragua, Brasil y México han implementado programas de capacitación a parteras tradicionales, para que integren prácticas biomédicas que ayuden a reducir complicaciones e infecciones, pero sin dejar de practicar su profesión ni de atender a población rural o indígena. Estas medidas han sido altamente efectivas, pues la población indígena utiliza sus sistemas de salud, en concordancia con sus culturas particulares y su cosmovisión y se reducen los índices de morbi-mortalidad (5).

1.3.1. Algunos aspectos del nacimiento como acontecimiento médico en Cuba.

En Cuba durante el siglo XIX se generó un movimiento eugenésico en función del “mejoramiento de la raza”, que incluyó la creación de medidas sanitarias encaminadas especialmente a defender la maternidad y la niñez a través de la homicultura, ciencia pensada a partir de la puericultura y que se ocupa de las enfermedades más comunes en el embarazo y la lactancia. Sus fundadores tenían entre sus objetivos, la creación del Palacio de Homicultura, con fines investigativos y de atención a embarazadas y niños, así como campañas de higiene y la enseñanza de la homicultura a médicos, comadronas, madres y pueblo en general. Más allá del aspecto negativo de la eugenesia, se percibe preocupación por el ser humano, la población, la reproducción y sus resultados a través de la introducción de medidas higiénicas, sanitarias y médico-ginecológicas. Por problemas de presupuesto el Palacio de Homicultura nunca se construyó y solo se lograron resultados parciales y poco generalizados (52). Algunos años después se organizaron Concursos Nacionales de Maternidad y la Exposición Nacional de Niños, para estimular en las madres

pobres la lactancia a sus hijos; se inició la instalación de los Hospitales de Maternidad e Infancia en distintas capitales para la asistencia de parturientas pobres, su atención y educación higiénica. Estos tenían como objetivo la educación y defensa sanitaria de la embarazada, del cuidado higiénico del recién nacido como medio seguro de obtener ciudadanos saludables y fuertes (53). El interés era político: formar hombres y mujeres sanos y productivos para los intereses de la sociedad. En la literatura consultada no aparece referencia a las características de estos servicios de atención, ni del acceso de la población y sus resultados en los indicadores de salud.

En general es escasa la información sobre la situación de salud antes de 1959, salvo algunas referencias publicadas en los *Cuadernos de Historia de la Salud Pública*. Entre las noticias relacionadas con la atención al proceso reproductivo se destacan dos: la creación a finales de la década de 1940 de una sala de cuatro camas con el nombre de Hogar Materno, en el Hospital de Maternidad "América Arias" de La Habana, y el aumento de los partos en el mencionado hospital en el año 1958, 30 diarios, que constituyó un acontecimiento médico (54).

La tasa de mortalidad infantil (MI) en 1959 era de 70 por cada 1 000 nacidos vivos (NV) (55) y la Mortalidad Materna (MM), tenía una razón de 137.8 por 100 000 NV (56). A partir de ese año se incrementó progresivamente la atención de salud en todo el país. Como resultado de esto pocos años después el parto hospitalario fue la principal opción y se tomaron medidas para aumentar su cobertura. En 1963 se realizaron un 63.2 % de partos institucionales y este valor aumentó anualmente. Diez años después, la cobertura alcanzó un 98 % y posteriormente un 99.9 % (57). Datos recientes (2009) en general reafirman la calidad de la atención al proceso reproductivo (MI: 4.8 por 1 000 NV; MM: 46.9 por 100 000 NV; Mortalidad Perinatal: 11 por 1 000 NV).

El incremento de los hogares maternos, así como el aumento de la cobertura de salud, el aborto voluntario y gratuito en los hospitales de maternidad; el aumento de camas obstétricas, de personal especializado en Ginecología y del parto hospitalario, constituyen los elementos que desde el discurso oficial, contribuyen a los indicadores de salud reproductiva en Cuba. Otros factores de índole social relacionados y ampliamente reconocidos en la literatura, no suelen mencionarse. A juicio de la autora, esto se articula con que la formación y la práctica médica suelen desconocer el carácter social de los procesos biológicos, la influencia de los aspectos sociales y culturales en la salud y la enfermedad y por tanto homogeniza a las personas como pacientes, en función de su condición de salud o de enfermedad, los iguala en función de las normas y regulaciones que debe cumplir al interior de la institución hospitalaria donde se ofrece el servicio. Las personas, las comunidades no suelen tener participación ni capacidad de decisión en la planificación, ejecución y evaluación de la atención médica y los servicios. Sus necesidades, requerimientos y perspectivas sobre el proceso que viven no se tienen

en cuenta en el diseño e implementación de la atención. Las diferencias entre los mundos valorativos de la salud y la enfermedad entre usuarios y prestadores constituyen una barrera que limita el acceso. O sea, los servicios son diseñados e implementados para “el paciente” desde un paradigma biomédico, no para y por los y las usuarios/as, con una perspectiva intercultural y horizontal.

1.3.2. La humanización de la atención al embarazo, el parto y el puerperio

El tecnicismo del MMH subvalora la integralidad del ser humano, concibe la salud más como la ausencia de enfermedad que como un proceso de construcción gradual sobre el cual intervienen factores de distinta naturaleza. Coloca el mayor énfasis en evitar y curar la enfermedad y presta poca atención a las diversas variables del entorno en el cual se desarrolla la vida de los individuos. El reconocimiento de esto condujo a que en la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en noviembre del año 2000, en Fortaleza, Brasil, se precisara el concepto de humanización de la atención de salud. Este se orienta hacia la búsqueda del bienestar por parte de los/as propios/as interesados/as, como un factor de progreso y desarrollo humano, donde lo fundamental es la responsabilidad y el protagonismo de los sujetos para el logro de una vida más saludable, en un equilibrio dinámico con el desarrollo social, económico y ambiental de la sociedad. En relación al parto, su humanización implica que el control del proceso lo tenga la mujer, no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, que se estimule la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo – emocional). O sea, que la mujer sea el foco en la atención y los servicios ofrecidos sensibles a sus necesidades y expectativas (58).

Como hecho social, el EPP, suele ser compartido por las mujeres con sus redes de apoyo, desde lo afectivo hasta lo económico, por lo que según la opinión de esta autora, el control del proceso no debe ser exclusivo de la gestante, sino incluir el criterio de la familia y en especial de la pareja. De modo que el protagonismo que sugiere el concepto de humanización del parto, debe ser extendido al padre. Este constituye un elemento a considerar en la humanización de cada etapa de atención, desde el embarazo hasta el puerperio. La presencia de un acompañante fortalece a la gestante pero a su vez contribuye a consolidar los valores y actitudes relacionados con la responsabilidad familiar ante la presencia de un nuevo miembro, implica a otros y condiciona la cohesión y solidaridad de la familia en función del nacimiento que se espera y los nuevos roles que deben desarrollarse en torno a este.

Durante el trabajo de parto los efectos del apoyo familiar se explican a través de dos teorías complementarias: mejora su fisiología y la sensación de control y competencia de la madre, lo que reduce el factor de dependencia de las intervenciones médicas (59). Según la opinión de esta autora el acompañamiento no debe limitarse al trabajo de parto, sino que debe ser durante todo el proceso y a elección de la gestante, significa que en cada momento y siempre que ella lo desee tenga la posibilidad

de contar con un apoyo afectivo que le proporcione tranquilidad, confianza y seguridad. El momento del parto en sí mismo, al incluir el nacimiento propiamente y el primer encuentro con el hijo/a es un momento propicio además para ser compartido con el padre, quien desde entonces se involucra con el/la bebé y crea lazos afectivos con este, además de la significación que pudiera llegar a tener para la pareja el haber compartido tal evento. Así mismo en la recuperación inmediata, en el contacto y descubrimiento pormenorizado del hijo/a, su cuerpo y facciones, mientras la mujer se recobra físicamente y comienza a experimentar nuevas emociones.

La excesiva intervención médica en el parto, característica de la práctica por el MMH, ha sido criticada desde diferentes ámbitos, sobre todo, al proponer alternativas para proporcionar al nacimiento una atención más humana y digna (45), en la que, además de reducir la medicalización, se contemple a las mujeres como sujetos de propio derecho. A juicio de esta autora esto se refiere a la manipulación excesiva del cuerpo de la mujer, e implica que sea sometida a procedimientos que no son imprescindibles para la atención del proceso desde una representación fisiológica. Los estudios más representativos al respecto parten de la Organización Mundial de la Salud (60; 61; 62). A partir de la revisión de las investigaciones sobre la asistencia a partos normales, la OMS plantea las prácticas que debieran ser eliminadas por considerarlas perjudiciales o ineficaces (62), y aquellas que se debieran promover, entre las que se encuentran: *“Respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto (...) respeto del derecho de la mujer a su intimidad (...) a la elección de los acompañantes (...) libertad de posición y movimientos durante todo el parto (...) apoyo afectivo de los asistentes”*; a que las mujeres *“tomen decisiones acerca de su cuidado”* y desaconseja aquellas que limitan o anulen estas propuestas (61).

En las propuestas de la OMS (61), se aprecian marcadas diferencias respecto a lo que se entiende por “normal” en distintos países, se afirma que *“el concepto de normalidad en el parto y en el nacimiento no está estandarizado ni universalizado”* y que en ello influyen los factores económicos y culturales de cada contexto (61). Lo novedoso de esta posición es su planteamiento y protagonismo igualitario entre las prácticas biomédicas y aquellas consideradas propias de los sistemas alternativos o de autoatención. Se observa una concepción tendente a la complementariedad entre los saberes médicos y los otros. Promueve el análisis crítico de las prácticas médicas sistemáticas, cuestiona los discursos hegemónicos y considera imprescindible la participación de las mujeres y matronas. Por la autoridad que representa este organismo, es el estudio de referencia para profesionales y usuarias a partir del cual se plantean demandas para introducir cambios en las instituciones hospitalarias (4).

Desde hace algunos años se considera que la exagerada intervención médica, el uso abusivo de la tecnología, la medicalización de procesos naturales como el embarazo y el parto, son factores que

determinan la salud de la mujer. De modo que, la evaluación y análisis de la atención al EPP en Cuba, a partir de estas recomendaciones, así como tomar en consideración la perspectiva antropológica y de género, contribuirá a proporcionar elementos para la humanización del proceso en función del bienestar de las gestantes, sus familias y del éxito del mismo en términos generales.

1.4. Antropología de Género. El análisis del embarazo, el parto y el puerperio desde la perspectiva de género

El desarrollo de teorías relativas a la identidad y a la construcción cultural del género por la Antropología feminista, constituye uno de los principales aportes de esta rama a la disciplina antropológica y se inserta en el área de estudio de la Antropología de Género, que incluye entre sus temáticas de trabajo: la construcción sociocultural de la feminidad y la masculinidad; la maternidad y sus representaciones socioculturales; el papel del padre: las distinciones de género y los sistemas de dominación; la división sexual del trabajo: ámbito doméstico, público y privado y los valores y las representaciones culturales del género en el mundo laboral (63).

La categoría género se refiere a las construcciones socio-culturales que se desarrollan a partir de las diferencias sexuales, por lo que constituye un modo para decodificar el significado que las culturas otorgan a estas diferencias entre los sexos y para comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana. Estudios anteriores a 1930 se sustentaban en supuestos que no estaban sujetos a cuestionamiento, como los papeles originados de la división sexual del trabajo, la que a su vez se sostenía en las diferencias biológicas y muy especialmente en la maternidad. Estos papeles sexuales marcan la diferente participación de hombres y mujeres y son los que una sociedad dada ha conceptualizado como femeninos y masculinos (64). *Margaret Mead*, a partir de estudios en distintos pueblos rebatió la teoría de que los roles femeninos y masculinos son innatos y no pueden ser modificados. Postuló que los atributos de cada sexo son determinados por la socialización continua de los padres y miembros del grupo familiar y no un producto de diferencias sexuales innatas y genéticas, como se creía, ya que *la cultura influye en la conformación de la personalidad más que los atributos genéticos (sic)*. Las personalidades femeninas y masculinas son un producto social y por lo tanto pueden variar de una cultura a otra y en el transcurso de la historia (65).

Para *Sherry Ortner* el papel secundario de la mujer es un hecho universal y pancultural. Todas las culturas valoran menos a la mujer que al hombre, porque todas las relacionan con algo que subestiman, la naturaleza. De manera simbólica se identifica o asocia a las mujeres con la naturaleza y a los hombres con la cultura. Lo natural aparece devaluado ante lo cultural, ya que la cultura controla y domina a la naturaleza. La asociación de la mujer a la naturaleza se explica por su fisiología y su específica función reproductora, que ha tendido a limitarlas a determinadas funciones sociales, asociadas normalmente con

el cuidado de la prole y que implica confinamiento al espacio doméstico (66; 67).

Desde la Antropología, la definición de género alude al orden simbólico con que una cultura dada elabora la diferencia sexual (64). Esta perspectiva, llamada construcción simbólica de género plantea, que las diferencias sexuales son la base desde la cual se estructuran categorías que definen lo que corresponde a lo masculino y lo femenino en cada contexto particular. Definen prácticas, ideas, discursos e ideologías que dan forma a las estructuras de prestigio y de poder de cada sociedad (5).

Otra útil definición que al respecto aporta la disciplina antropológica se refiere al sistema u orden de género: como un sistema social ordenado de manera determinada, con unas relaciones de poder y una distribución del trabajo concretas entre hombres y mujeres, donde el género se articula con otros factores de estratificación social, como la clase social, la etnia, la cultura, la edad, la práctica sexual, etc. El género sería así una estructura de relaciones sociales y el sistema social una totalidad donde actúa conjuntamente lo institucional, lo simbólico y lo material en un contexto histórico concreto; donde la integración de los distintos niveles no se da de manera armoniosa sino que aparecen siempre contradicciones, conflictos y prácticas alternativas (68).

En esta investigación se asume además la definición de ideologías de género, como los significados acerca de macho y hembra, masculino y femenino y sexo y reproducción en una cultura determinada, que se definen como sistemas de creencias que explican cómo y por qué se diferencian los hombres y las mujeres, base sobre la que se especifican derechos, responsabilidades, restricciones y recompensas diferenciales (69). Estas ideologías se reproducen, se modifican o generan resistencias en la práctica cotidiana y pueden identificarse y comprenderse desde los discursos y las prácticas de los sujetos.

La construcción de la masculinidad o la femineidad del nuevo ser social, suele comenzar desde que la pareja planifica un embarazo o cuando la mujer descubre que está embarazada. Los futuros padres empiezan a imaginarse las características que tendrá el bebé, incluido su sexo. Según se imaginen un niño o una niña, tendrán un comportamiento diferente que comenzará antes del parto. Después del nacimiento, el tratamiento diferencial continúa, con la participación de todas las personas que se relacionan con el niño o la niña. Los varones son estimulados a jugar en espacios abiertos, en la calle, a la pelota, con autos y a la guerra. Las niñas juegan con muñecas, imitan las tareas domésticas ejercidas por su madre y raras veces les es permitido jugar fuera de casa. Desde pequeños, los niños comienzan a percibir su fuerza y las niñas su dependencia. Es común que a estas se les mande a fregar los platos o a arreglar la cama, mientras que al niño no se le atribuyen tareas domésticas (70). De esta manera se reproducen socialmente de una generación a la siguiente, en la familia, las relaciones de género, se contextualizan según la época, las características socioeconómicas, históricas y culturales (4). El estudio de mujeres y hombres es fundamental para comprender las maneras en que cada uno de ellos construye,

transmite, cuestiona o refuerza las premisas, creencias y prácticas dominantes para el otro (71). Por lo que en la presente investigación, para enriquecer el análisis, se tendrá en cuenta el discurso de mujeres y su juicio en relación con la participación de sus compañeros y el resto de la familia.

En el ámbito sanitario la OMS integra desde hace algunos años la perspectiva o enfoque de género. En 1999 la Organización Panamericana de la Salud señala: *“Abordar la salud desde una perspectiva de género, significa reconocer que más allá de las diferencias biológicas de sexo, existen distinciones de género socialmente construidas entre mujeres y hombres que afectan diferencialmente a la salud de unas y otros y su respectiva posición dentro del sistema de salud”*. Esto implica por un lado, que el género es una categoría que permite explicar y comprender las diferencias entre hombres y mujeres y cómo estas diferencias influyen en los procesos de salud, enfermedad y atención, y por otro lado, permite ver cuáles son las diferencias existentes, aquellas que proceden de la biología o de lo social, de lo innato o de lo adquirido, con el fin de eliminar diferencias innecesarias, injustas y evitables en las oportunidades de disfrutar de salud y en la probabilidad de enfermedad, invalidez o muerte por causas prevenibles (72).

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) se plantearon medidas que promueven la participación equitativa de hombres y mujeres en el cuidado de los/as hijos/as y en el trabajo doméstico. Se busca adoptar todas las medidas necesarias, para modificar los modelos de conductas sociales y culturales y eliminar los prejuicios y prácticas cotidianas y de otro tipo, basadas en la inferioridad o la superioridad de uno de los sexos y en funciones estereotipadas asignadas al hombre y la mujer (73). Desde hace algunos años, además de la mujer y la feminidad, la masculinidad ha entrado en los debates de la salud reproductiva. Hasta hace algún tiempo no se involucraba al hombre en la atención a estos procesos, ya que se consideraba responsable solo de provocar la gestación (74). Actualmente se observa una tendencia internacional de estimular su participación en la atención prenatal, el trabajo de parto y el parto mismo y en el cuidado de los hijos/as a lo largo del desarrollo biológico y social.

Esta autora considera que en la sociedad cubana actual se observa una tendencia a la deconstrucción de conceptos tradicionalmente considerados machistas, no obstante los roles relacionados con la reproducción y el consecuente cuidado de los hijos y el hogar continúan asociados a la figura de la mujer. La participación del hombre en estas tareas se concibe por lo general en términos de ayuda. La intervención de estos de una manera más activa y protagónica en los aspectos de la salud sexual y reproductiva y en especial el tránsito por el EPP de su compañera, de los que suelen ser excluidos por estar relacionados con lo maternal o ser actividades consideradas de mujeres, favorecen un cambio necesario en las concepciones de género. La participación masculina en estos espacios, genera una afectividad y un entorno emocional que incide de una manera favorable en la construcción de la

paternidad, así como una mayor responsabilidad hacia su salud, la de su compañera y la de sus hijos/as.

1.4.1. El género y los modelos de maternidad y de paternidad

Históricamente a la mujer se le han asignado binomios inseparables, que han definido algunos mitos femeninos, entre los que se encuentra como más relevante el de mujer = madre, que influye en todas las esferas vitales femeninas y organiza su vida independientemente de cualquier condición (75). La maternidad ha sido referente social en la construcción de la identidad de las mujeres, no como algo natural sino como un producto social a lo largo de la historia de la humanidad. Esta se constituye en la institución básica de la subjetividad femenina; sus deseos, necesidades, fantasías e intereses, se definen por las expectativas que depositan en el hecho de ser madres (76). En las últimas décadas se han introducido modificaciones en la construcción cultural de la maternidad y su idealización. La mayor incorporación de las mujeres al mercado laboral y con ello la autonomía económica, la anticoncepción, el valor del tiempo libre y la mayor formación, entre otros factores, hacen de la maternidad una posibilidad más entre otras de su vida (4). Esta modificación a juicio de esta autora, se debe fundamentalmente a la diversidad de formas de pensar y actuar de las mujeres en torno a la maternidad, en relación con la edad, condiciones de vida, historia familiar y en respuesta a deseos y necesidades de su compañero. La mayoría quiere ser madre y una vez que lo es, siente la mayor responsabilidad sobre el cuidado y protección del hijo o la hija.

Las vivencias que las mujeres contemporáneas poseen de la maternidad incluyen aspectos del “modelo heredado de la maternidad” (4; 77), que de acuerdo a las nuevas coordenadas sociales e históricas son revisadas por las mujeres proponiendo nuevos significados y, de manera simultánea, reproduciendo algunos de sus aspectos. Entre las principales herencias se destaca el “Ideal o Mito de la Maternidad”, que se apoya en la existencia del instinto maternal y la derivación a partir de la reproducción de la división sexual del trabajo.

La maternidad ha sido desde sus orígenes una de las preocupaciones del feminismo. En general son dos las posturas teóricas al respecto: La primera corresponde a posturas feministas que desarticulan el modelo de la buena madre, ya sea a través de la deconstrucción del instinto maternal, o del concepto de maternidad como eje principal de la identidad femenina, enfocada desde planteamientos que afirmaban que era el origen de la diferencia entre los hombres y las mujeres y de la división sexual del trabajo, como afirmaban Simone de Beauvoir y Shulamith Firestone. La segunda, se opone a este enfoque, reconstruye la maternidad, intentando llevar a cabo lecturas más positivas de la misma, entendiéndola como fuente de placer, como una experiencia positiva con un conocimiento y poder específicamente femeninos, en la que se reconoce la figura de Adrienne Rich (77; 78). Los aportes del feminismo han cuestionado los mandatos sociales que recaen sobre las mujeres. Al analizar los discursos sociales sobre

la maternidad con una mirada crítica y con nuevos elementos teóricos, la teoría feminista ha elaborado un cuerpo teórico propio, con elementos nuevos, emancipadores, que incorporan las voces de las mujeres. La relación entre feminismo y maternidad ha sido compleja y necesaria para generar cambios sociales y políticos hacia la igualdad de mujeres y hombres (78).

La paternidad es para los varones una parte fundamental de su identidad. Opera como un elemento estructurado de deber en su ciclo de vida, en el que se enfrenta a desafíos y mandatos, entre los que se destacan: trabajar, formar una familia y tener hijos (79). Hoy día se implican cada vez más en el cuidado de sus hijos/as y el proyecto de maternidad/paternidad es casi siempre una decisión consensuada en la pareja, no obstante la práctica de la paternidad se presenta como un derecho o posibilidad de libre elección, pero no una obligación (4). Estudios realizados en algunos países de América del Sur plantean que la paternidad es un eje central de la masculinidad, que se vive como el momento en que se cierra el período juvenil, lo que significa un reordenamiento en la vida del varón y su inserción en un nuevo período en el que obtiene pleno reconocimiento social. Es el punto en que se convierte en adulto al adquirir una identidad pública como representante de su grupo familiar (79; 80; 81). Para autores cubanos se constituye como un argumento incuestionable que denota la virilidad masculina y su capacidad reproductiva, al demostrar socialmente su orientación heterosexual activa (82). De modo que la paternidad se constituye en uno de los roles sociales esperados de los varones en la adultez. Al igual que el trabajo, la familia, los amigos, constituye uno de sus mundos intencionales y se incorpora mediante prácticas culturales constituidas por consenso por las personas que participan en ellas. Es necesario en el estudio de la masculinidad comprender cuál es la participación de los hombres, su posición, conflictos, temores o impedimentos en su vivencia como padres, su comprensión, posibilidades y consecuencias en la reproducción o cambio social, sus razones para participar de la forma en que lo hacen. Teniendo en cuenta que la paternidad como la maternidad tiene implicaciones no sólo en la vida de los hombres, sino también de las mujeres, los hijos y las hijas (83).

En 1992, la Federación de Mujeres Cubanas propuso al Ministerio de Salud Pública, la aplicación del Programa Nacional de Maternidad y Paternidad Responsables. Teniendo en cuenta que la gestante solía recibir poca información y orientación relacionadas con el proceso del cual era protagonista, no tendían a participar activamente los compañeros, ni los familiares cercanos; que el miedo, la inseguridad y la desconfianza generados por esa condición, repercutían en la madre, el niño y la familia, además de no tomarse en consideración las preocupaciones del futuro padre ni sus conflictos o ansiedades frente a la maternidad, paternidad y desarrollo del recién nacido (84).

Las formas diversas de asumir la maternidad por mujeres y hombres, el momento o la edad para el nacimiento de los hijos/as, la dedicación del tiempo al niño o niña, las condiciones planificadas o

necesarias para asumirla, en relación con las expectativas y consecuencias que tiene en uno y otro sexo, son aspectos que se analizarán en el presente estudio a partir del discurso de las mujeres y teniendo en cuenta la implicación de sus compañeros.

1.5. Antropología Médica: Aspectos conceptuales

El tema de la presente investigación, desde una perspectiva biocultural, se inserta en el marco de las ramas de la Antropología relacionadas con la salud: Antropología Aplicada a la Salud, generalmente conocida como Antropología Médica (85), que se dedica al estudio de las dimensiones biológicas, psicológicas, culturales y sociales, que determinan el modo en que las personas entienden y viven sus problemas de salud, así como la organización de los sistemas de atención y el análisis de las creencias y prácticas respecto al proceso salud-enfermedad en cualquier tipo de sociedad (86). En su marco conceptual se distinguen los conceptos Problema de Salud, Enfermedad y Padecer (41). Definido como sigue: problema de salud: planteamiento concreto que cada persona se hace en torno al proceso salud-enfermedad, sobre todo cuando percibe cambios en lo que le comunica su organismo y los interpreta como desviación de la normalidad; enfermedad: desviación concreta, subjetiva y casi siempre objetiva de la normalidad, identificable por la clínica de los sistemas de salud, y muchas veces equiparable para la medicina científica a una entidad nosológica concreta, conocida; padecer: es la manera individual en que cada persona vive su propio problema de salud. Así entendido, resulta la posibilidad de la existencia de problemas de salud y de padecimientos, sin enfermedad. Para la presente investigación se entiende como problema de salud el proceso del EPP. Quien percibe amenazas contra su salud o bienestar, o se da cuenta de anomalías en la forma y función de su cuerpo, suele buscar ayuda en otro, consulta sobre su problema de salud y como parte de este proceso se transforma en paciente (87; 88).

La Antropología Médica ha mostrado las diferentes maneras en que se enfrentan iguales problemas de salud, en virtud del tipo de sociedad, la ideología y la situación socioeconómica, así como el modo en que el componente socio-cultural influye sobre la forma de ejercer la propia medicina científica o hegemónica, sobre todo en cuanto a diagnósticos y tratamientos, cuando supuestamente no deberían existir diferencias en una ciencia basada en la objetividad. Desde el reconocimiento de la variabilidad biológica, la antropología también ha contribuido a ponderar la individualidad del ser humano, a través del entendimiento de la respuesta absolutamente personal ante cualquier intervención, ya sea de tipo orgánica o no (41; 87; 89). La consideración de los aspectos psicosociales y culturales de procesos vitales y biográficos, altamente medicalizados en las sociedades contemporáneas, tales como la sexualidad y el EPP, se incluyen entre los ámbitos de acción y reflexión que enfatizan a la Antropología Médica como una ciencia aplicada (90).

Desde la Antropología Médica y en particular desde la Antropología Médica Crítica, parte la mayoría de

la investigación al proceso reproductivo. En la literatura más reciente (posterior al año 2000), aparece como Antropología del Parto (5), del Nacimiento (4) y de la Reproducción (1; 8; 77). En una y otra se plantean los mismos antecedentes históricos y trabajos pioneros que afianzan y validan la temática dentro de la Antropología y los estudios de género. Estas autoras tienen un marco conceptual común, basado fundamentalmente en los conceptos aportados por la Antropología Médica, la Antropología Médica Crítica y la Antropología Feminista, a través de los estudios pioneros de Margaret Mead, Robbie Davis-Floyd, Brigitte Jordan, entre otras (3; 43; 47; 65). En todo caso estudian el proceso reproductivo a través del EPP y usan técnicas cualitativas de investigación. Como Antropología de la Reproducción surge en los años 70, con etnografías que analizan todos los asuntos relacionados con la misma y que suponen un acercamiento a las vivencias de las mujeres. Las antropólogas que las producen no provienen exclusivamente de la antropología médica, sino que para algunas su interés en la salud de las mujeres procede de los estudios de clase o estructura social (91).

1.5.1. Perspectiva antropológica en el estudio del embarazo, el parto y el puerperio

El tema del parto en su configuración socio-cultural, no fue considerado un fenómeno relevante para la investigación antropológica hasta mediados del siglo XX, ya que se consideraba un proceso exclusivamente ligado a las esferas fisiológica y biológica del cuerpo femenino. Antes de esa fecha, gran parte del trabajo antropológico estuvo realizado por hombres, que en general, prestaron poca atención a este tema en las diversas culturas estudiadas, o no tuvieron acceso al mismo por el hecho de ser varones. Aquellos que escribieron sobre el parto, incluidas las primeras etnógrafas, se concentraron en aspectos como los tabúes alimenticios, creencias folklóricas, o en examinar el parto como un medio para estudiar el ritual y sus practicantes (3). La omisión del tema no corresponde solo a un sesgo de género en la Antropología, sino también a una inclinación general de las primeras generaciones de antropólogos/as hacia el estudio de los fenómenos claramente sociales y culturales, en desmedro de los biológicos (5; 33).

A partir de demandas feministas, sobre todo en Estados Unidos, en la década del sesenta, mujeres investigadoras comenzaron a explorar las costumbres indígenas relativas al parto y a entenderlas como sistemas integrados de conocimiento y práctica, en contraste con el cada vez más hegemónico modelo biomédico (3). La mayoría de estos estudios, buscaban argumentos para poner en tela de juicio la hegemonía de la medicina alopática, que con un fuerte asidero en el desarrollo tecnológico, promovía una concepción patológica de los procesos vitales de las mujeres, con gran influencia en la manera cómo la sociedad concibe a la mujer y en cómo se entiende el parto. Al centrar la atención en la fuerza de la tecnología, se le resta relevancia a las relaciones sociales de dominación y poder, donde la relación médico-paciente y la autoridad de la institución médica limitan las elecciones y el control de las mujeres y sus familias sobre estos procesos (44; 92). Estos trabajos abrieron posibilidades para insistir en la

necesidad de una apertura hacia contextos locales específicos, con el énfasis puesto en la urgente necesidad de devolver el proceso del parto a las gestantes y sus familias. No obstante, se centraron casi exclusivamente en las mujeres y su condición, sin tomar en cuenta la posición de los varones, por ser los temas relativos a la salud reproductiva tradicionalmente considerados asuntos femeninos. No se le prestó atención al rol de los hombres en estos procesos, ni se les incluyó en los programas de salud relacionados, algo necesario si se busca analizar procesos sociales con el propósito de eliminar las inequidades de género (33; 71; 79; 93).

A finales de la década de los sesenta y durante los años setenta, se afianza la Antropología de la Reproducción dentro de los estudios de Género, a partir del trabajo de varias investigadoras. Entre estos es de gran contribución el realizado por *Mead y Newton* en 1967 sobre la comparación intercultural de distintos sistemas de parto, que realzó la integridad y sistematicidad de sus prácticas en las culturas tradicionales y destacó la gran necesidad de realizar etnografías sobre el tema (3). En 1978 *Brigitte Jordan*, publica, *Birth in Four Cultures*, que sirvió para enfocar la atención del parto como digna de trabajo etnográfico y comparación intercultural. En este describe detalladamente los aspectos del parto en una comunidad Maya en Yucatán, contrasta el modo comunitario y centrado en la mujer con el altamente tecnologizado de los Estados Unidos y con los sistemas de Holanda y Suecia, atendidos por matronas. Para *Jordan*, el parto es un momento de crisis dentro de la vida y como tal es en todas partes susceptible para una regulación social, que varía poco al interior de cada sistema y mucho entre distintas culturas. En cada una, el parto y los fenómenos relacionados con él adquieren una forma consensuada; se produce un set internamente consistente de prácticas y creencias con el fin de manejar y enfrentar sus aspectos psicológicos y socialmente problemáticos, de una manera concordante con el contexto cultural particular. Al interior de cada sistema, las prácticas relativas al parto aparecen como una rutina uniforme, sistemática, estandarizada y ritualizada (47).

Uno de los primeros análisis antropológicos al hecho reproductivo es el que lo define como un “rito de paso”, porque da lugar al cambio de estatus de los “progenitores” (de mujer a madre y de hombre a padre) y, al mismo tiempo, se reconstituyen los vínculos de parentesco, estableciendo los símbolos que permiten la interiorización de los valores culturales de una sociedad (94). Otras profundizaciones en el estudio del EPP parten del concepto de reproducción entendido en tres componentes o sentidos esenciales: la reproducción biológica, que se refiere al hecho de aumentar el número de individuos de un grupo familiar o social; la reproducción de la fuerza de trabajo, a través de la cual se perpetúa la división sexual del trabajo, ya que la asignación a las mujeres de la crianza y la reproducción se da cuando se convierten en madres y de esta forma, a través del EPP se perpetúa la visión de las mujeres como reproductoras y de los hombres no; y la reproducción social, a través de la cual se transmite y da continuidad a una determinada dinámica social con sus valores, su organización social del parentesco,

económica y de cualquier tipo (63).

La reproducción biológica es generalmente el único aspecto considerado por la atención y por las personas que transitan por el proceso, no obstante la Antropología ha puesto de manifiesto la interrelación que se establece entre sus tres componentes durante el curso por el EPP; de tal forma que a través de un proceso individual, en cuanto a que sucede en el cuerpo de una mujer, se da cuenta de un asunto social, donde entran en juego la reproducción de un grupo humano y los significados asociados a su pertenencia al mismo. Por tanto, la reproducción no sólo es un puente entre lo biológico y lo cultural, sino que además articula inevitablemente los roles de género dentro de un sistema ideológico y sociopolítico (95). A partir de esta visión se habla de reproducción estratificada, ya que se reproduce un orden social basado en jerarquías que perpetúa las desigualdades sociales de clase, etnia, edad y género, entre otras (96). De modo que unos grupos sociales tienen más posibilidades para reproducirse que otros y a su vez se establecen diferencias en la cobertura sanitaria, en el acceso a los servicios, en las posibilidades de cuidado, en el uso de la tecnología y de las prestaciones sanitarias durante el EPP (44). Este concepto visibiliza a la reproducción como un trabajo que realizan las mujeres, articulado y a través del cual se pone de manifiesto la estructura y organización social existente.

Desde la Antropología Médica, el Marco Antropológico (97), constituye una herramienta de análisis que fundamenta la diferencial exposición, vulnerabilidad y respuesta ante determinado proceso de salud, a partir de la relación persona-ambiente y como expresión de la interrelación dinámica entre los elementos naturales, sociales y humanos. Su análisis se enmarca en el individuo-persona, producto este de la interrelación dinámica entre su historia personal, imaginario, cosmovisión, capacidad biológica, psicológica y el entorno complejo de elementos naturales y sociales, nicho ecológico del ser humano, expresión de la continua interacción con el ambiente que le rodea, considerado este en tres dimensiones estructuradas jerárquicamente: macro, meso y microentorno, que constituyen una cadena de ambientes, o sea espacios naturales y sociales enlazados entre sí y que confluyen en la persona como centro de la relación, para este estudio mujeres y hombres alrededor del nacimiento de un hijo o hija.

En el presente estudio, se analizan como componentes del macroentorno: la cultura, los sistemas de derecho, las políticas públicas, como contexto superior de los procesos de reproducción social, referidos a la construcción ideológica de la maternidad/paternidad, el cuidado de los hijos y la atención a estos procesos. La construcción de los conceptos mujer, madre, maternidad, paternidad, así como de los modelos de atención médica y de formación de recursos humanos en salud que constituyen la “sombrija” que signa los entornos de menor nivel. El mesoentorno lo constituye el lugar, físico y social, donde se reproduce biológica y socialmente la población. Estructurado en dos dimensiones (98): 1) el espacio geográfico, entendido como la parte de la naturaleza modificada por la acción humana y por

tanto construcción social, donde operan las diferentes escalas geográficas y que a los efectos de la presente investigación se entiende por la zona de residencia, el entorno higiénico habitacional y sus características, la disponibilidad de recursos y el proceso de distribución-consumo que en alguna medida inciden en las características reproductivas de la población y 2) el territorio, que remite a la delimitación real de poder político y administrativo de instituciones formales o no de la sociedad, y que para la Salud Pública, es el espacio correspondiente a los servicios de salud, sus características, resultados de su interpretación de la normativa y protocolos de atención que derivan de las políticas de salud establecidas en el macroentorno. El mesoentorno se constituye en el espacio socialmente organizado, que se expresará contextualmente en el ámbito de atención al EPP y que le confiere características específicas. El microentorno, se analiza como el espacio más concreto y cercano en que se desarrolla la vida cotidiana de las personas: familia, amigos, pareja, trabajo y redes sociales de apoyo.

Esta serie de ambientes constituye el espacio altamente complejo, dialéctico e interactivo que en conjunto determina la cosmovisión, la construcción simbólica, las creencias, actitudes y prácticas involucradas en el proceso fisiológico y cultural del EPP. Como eje central en el análisis, en el interior de las tres dimensiones descritas, se coloca a la persona, según el modelo propuesto por *Vargas y Casillas* (41), que enfrenta su problema de salud según tres componentes individuales: el terreno biológico o cuerpo, su biografía y el ambiente. A los efectos de la presente investigación se incluyen, sus características biológicas y sociales, su historial clínico y reproductivo, sus percepciones sobre la reproducción y las vivencias personales o adquiridas en su más estrecho e íntimo espacio de relaciones que determinan la forma de vivir y afrontar dicho proceso.

1.6. La investigación antropológica: Técnicas de investigación cualitativa

Los acercamientos desde la metodología cualitativa privilegian el conocimiento y la comprensión del sentido que los individuos atribuyen a sus propias vivencias, prácticas y acciones (5). El supuesto fundamental consiste en considerar que los comportamientos humanos son resultado de una estructura de relaciones y significaciones que operan en una realidad, en un determinado contexto social, cultural e ideológico; realidad que es estructurada o construida por los individuos, pero a su vez actúa estructurando su conducta (99). Según *Levi-Strauss* con estas técnicas se desdibuja el límite entre investigador/a e investigado/a. El investigador/a pertenece al mismo orden de la realidad que investiga, forma parte de la investigación (100). Los procedimientos cualitativos se caracterizan por la ausencia de hipótesis previas o por ser estas de carácter muy general. Son esencialmente inductivos. Con su uso no se aspira a hacer generalizaciones sino extrapolaciones, contextualizadas según la muestra; son hermenéuticos y su propósito principal es conferir sentido a la información. Su insuficiencia radica en su subjetividad, su poca reproducibilidad y su escaso control intersubjetivo (101; 102).

Las herramientas antropológicas se dirigen a recoger a partir del discurso de los propios actores, los significados, las representaciones, las percepciones, los criterios y opiniones, que estos tienen sobre determinados procesos o fenómenos de sus vidas o del contexto socio-cultural en el que ocurren. La recogida de datos, según esta perspectiva se realiza desde una postura *emic*, o sea desde el discurso de los/as protagonistas, informantes de su participación en el objeto de estudio planteado. En la presente investigación, a través del relato de cómo perciben e interpretan los sucesos en torno al nacimiento, las concepciones reales o ideales, en relación con cómo lo experimentan y las prácticas que llevan a cabo. Lo que posteriormente se describe y explica desde las categorías de la investigadora (*etic*), lo que completa el análisis del proceso con la utilización consecutiva de los criterios *emic* y *etic*.

La entrevista en profundidad es una técnica de investigación cualitativa que permite abordar de manera vasta una temática particular. Ofrece las ventajas de ser flexible, dinámica, no estandarizada y abierta (5). Permite un acercamiento a la figura del individuo como un actor en su rol social. Se define como el proceso comunicativo por el cual un investigador/a extrae información a una persona (el/la informante) contenida en su biografía. La información ha sido experimentada y absorbida por este/a y la interpretación significativa de la misma se traduce de su propia experiencia. El yo de la comunicación es el punto central de la referencia que apunta a conseguir una expresión directa de la actitud del emisor ante aquello que constituye su mensaje (103). El uso de esta técnica es ampliamente recomendado para obtener información sobre el sistema de prácticas individuales y representaciones sociales de los sujetos. Su validez descansa en la capacidad del entrevistador/a para no imponer soluciones o juicios apriorísticos y en conceder un papel activo al entrevistado/a, sin reducirlo/a a simple objeto de investigación (101).

La observación participante constituye una técnica que permite conocer los aspectos más íntimos y cotidianos de los sujetos observados en el propio contexto socio-cultural donde ocurren los fenómenos de interés. Puede ser entendida como un proceso en el cual el/la investigador/a comparte, consciente y sistemáticamente, las actividades de la vida, intereses y afectos (si es posible) de un grupo de personas. Busca obtener datos sobre la conducta mediante un contacto directo y en términos de situaciones específicas en las cuales la distorsión producida por la intervención del/a investigador/a sea mínima (5). Constituye el único medio que se utiliza en todo estudio cualitativo (104). Presenta una serie de ventajas: hace posible obtener la información tal como ocurre, aporta datos que tratan situaciones de comportamiento típicas, percibe formas de conducta que se escapan a la atención de los observados (o que estos consideran sin importancia), se puede ocupar de quienes no pueden dar informes verbales y solicita menos la participación activa de los observados/as que otras técnicas (5). Una observación precisa y rigurosa tributa a la elaboración de conceptos científicos (105), que en conjunto con la entrevista, permite detectar la congruencia o discrepancia entre discursos y prácticas, ya que se pueden captar y clarificar las diferencias entre aquello que los actores dicen y lo que realmente hacen (106).

Diseño Metodológico

La presente investigación se realizó en Ciudad de La Habana, entre abril de 2007 y marzo de 2010. Es de orden explicativo, interpretativo, a partir de información cualitativa y descriptiva. Se tiene en cuenta el sentido, las motivaciones, intenciones y expectativas que mujeres y familias así como prestadores de salud otorgan al embarazo, parto y puerperio en relación con el entorno sociocultural que les rodea (102).

Con vistas a responder las preguntas que respaldan la investigación y dar salida a los objetivos, se realizaron: entrevistas en profundidad a 10 expertos/as en Ginecobstetricia y Salud Pública; seis estudios de caso a mujeres con hijos/as menores de ocho meses de nacidos/as; entrevistas y observación participante a 30 mujeres, 10 de sus acompañantes y nueve ginecobstetras o residentes de cuarto año de la especialidad, en tres hospitales de maternidad. La saturación de la información determinó el tamaño de la muestra.

2.1. Universo de estudio y muestra

Todos los profesionales de la salud, que por su experiencia en la especialidad de Ginecobstetricia y en el campo de la Salud Pública se consideren expertos/as, con más de 30 años de servicio, como criterio de inclusión, que pudieran contribuir a sustentar elementos para dar salida a los objetivos de la presente investigación. Constituyeron la muestra ocho especialistas en Ginecobstetricia y dos en Salud Pública, que fueron seleccionados por un muestreo tipo “bola de nieve” a partir de una informante clave previamente identificada con más de 45 años de experiencia en la especialidad, con desempeño profesional en diversas provincias del país a lo largo de su ejercicio profesional, residente en Ciudad de La Habana en el momento de la investigación. Todos los entrevistados realizaban sus estudios universitarios o comenzaron a ejercer su profesión durante la primera década posterior a 1959. En este período estuvieron vinculados a la asistencia durante su formación académica, cumplieron el servicio médico rural como postgraduados y posteriormente desempeñaron diversas funciones en diferentes ámbitos del sistema de salud. El anexo I presenta una caracterización general de cada uno/a, a través de una nomenclatura creada con el fin de mantener el anonimato y la confidencialidad de los mismos.

Todas las mujeres mayores de 20 años, embarazadas, de parto, en puerperio inmediato y con hijos o hijas menores de ocho meses de nacidos/as, residentes en Ciudad de La Habana y La Habana, atendidas en los hospitales seleccionados para el estudio, que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: sanas, con inicio de trabajo de parto espontáneo, en las que no se hubiesen diagnosticado riesgos como diabetes, hipertensión arterial, embarazo gemelar, infecciones importantes u otros, que tuvieran un parto vaginal o que no tuvieran indicación previa de cesárea y que mostraran su conformidad e interés de participar.

Se decidió partir de los 20 años de edad teniendo en cuenta que la presente investigación constituye el primer estudio conocido sobre el tema y que el análisis del embarazo y la maternidad en la adolescencia requiere de un marco de referencia particular ya que tiene connotaciones diferentes, se incluye entre

situaciones que pueden ser sancionadas socialmente y las gestaciones se suelen valorar como de mayor riesgo, o sea se da en un contexto social y psicológico particular de las mujeres.

La muestra seleccionada por un muestreo no probabilístico “intencional por criterios” (107) incluyó:

- a) Seis mujeres cuyos bebés tenían entre cuatro y ocho meses de nacidos. Teniendo en cuenta que el propósito de la indagación se sustentaba en la riqueza de información que portaban las mujeres con hijos/as en los primeros meses de vida, considerando el grupo seleccionado como “unidades homogéneas” dirigido a estudiar y describir en detalle y profundidad un subgrupo particular con “antecedentes y experiencias comunes” (107).
- b) 30 mujeres y 10 de sus acompañantes, de los cuales cuatro eran hombres (compañeros). El criterio establecido fue incluir mujeres en proceso de parto y postparto que cumplieran con los criterios de inclusión y que acudieron a los servicios de los hospitales previamente seleccionados, durante la estancia de la investigadora en cada uno de ellos. El anexo II incluye la caracterización socio-demográfica de las mujeres entrevistadas y algunos elementos de interés de su compañero y familia.

Todos los ginecobstetras o residentes de último año de la especialidad que formaran parte de la estancia de servicios de partos en los hospitales seleccionados. Nueve médicos constituyeron la muestra.

2.2. Recolección de la información

Se utilizó la triangulación a través de: el empleo de diversas fuentes de información, la aplicación de dos perspectivas teóricas en la interpretación de los datos, el trabajo y análisis cruzado entre varias investigadoras y la utilización de varios métodos para recabar los datos (102; 104; 107).

El número de entrevistas y observaciones se definió según el criterio de “saturación teórica o de categorías” (104) que se utiliza en la recolección de datos por la investigación cualitativa y refiere, que se deja de entrevistar en el momento en que el dato no aporta nada nuevo y la información suele hacerse repetitiva o redundante (108). Cuando se ha obtenido suficiente material para la comparación y corroboración mutua de la información obtenida, que irremediamente será fragmentaria en algunos aspectos (109). Su aplicación adecuada conduce a la obtención de muestras cualitativamente significativas y por lo tanto, apropiadas para acercarse a los significados individuales y colectivos y a los procesos sociales de los grupos que se estudian (108).

Las entrevistas duraron aproximadamente una hora, fueron grabadas y se tomaron notas relacionadas con el componente extraverbal observado (contacto visual, gesticulación, tono de voz). Se crearon las condiciones para establecer una relación de confianza y empatía, se respetó el protagonismo de las/os entrevistadas/os y se garantizó la privacidad de la información. Las descripciones de la observación se grabaron siempre que las condiciones locales lo permitieron. Cuando no fue así, se tomaron notas

manuales.

1) entrevistas en profundidad a expertos en Ginecología y Salud Pública

Las entrevistas en profundidad a expertos/as se realizaron con la intención de: contextualizar la temática objeto de estudio en la sociedad cubana desde la perspectiva de prestadores de salud, elaborar las guías semiestructuradas de entrevista y observación a mujeres y sus compañeros durante el tránsito por el proceso del embarazo, el parto y el puerperio (Anexo III), identificar los hospitales ginecóbstétricos para la investigación, teniendo en cuenta distintas condiciones sociales y entornos socioambientales dentro de Ciudad de La Habana y posibles diferencias en la práctica médica entre instituciones.

Los hospitales ginecóbstétricos seleccionados fueron tres. Para mantener la confidencialidad de estos, según principios éticos, se les denominó: I, II y III. En cada uno se procedió a obtener la autorización correspondiente por la Dirección. (Anexo IV: solicitud de autorización y permiso concedido).

2) estudios de caso

Se realizaron seis estudios, en consistencia con la propuesta de Yin (2003) que plantea que se deben realizar entre dos y diez. Se usó el estudio de caso porque permite investigar un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto en la vida real, con la intención de documentar la experiencia del EPP desde la perspectiva de quienes lo vivieron (104). Las mujeres fueron visitadas en sus casas, captadas a partir de la difusión de la información por personas próximas conocidas. El proceso incluyó un encuentro inicial, en la que se evaluó si el caso reunía las condiciones que requería y uno final para la recolección de datos (104). En el primer encuentro, se les explicó en qué consistía la investigación y cuál sería su participación. Las que mostraron interés fueron contactadas para concretar la entrevista. El análisis se realizó tanto a nivel individual como colectivo, lo que permitió identificar las consistencias e inconsistencias entre casos.

Esta etapa constituyó un “estudio piloto” (104) utilizado para: 1) Refinar la guía de entrevista y observación y 2) Identificar los eventos de mayor significación durante el EPP, con la intención de centrar en estos la observación participante a realizarse posteriormente, que en estos estudios de caso fueron el trabajo de parto, el parto propiamente y el puerperio inmediato en las instituciones hospitalarias.

3) entrevistas en Hospitales (mujeres atendidas, acompañantes y médicos)

Se obtuvo información relacionada con la experiencia alrededor de la maternidad, con mayor énfasis en el evento del trabajo de parto, el parto propiamente y el puerperio inmediato.

4) observación participante

Se utilizó la técnica de “observación participante abierta” dirigida a registrar la conducta según los propósitos de la investigación, mediante la declaración del objetivo y la presencia de la investigadora ante la población objeto (104). Para minimizar el efecto del observador, se utilizaron dos investigadoras, que realizaron la acción de forma independiente. La observación se realizó en: parto, parto, puerperio inmediato (alojamiento conjunto) y salas de puerperio en las 48 horas posteriores al nacimiento. Las mujeres fueron observadas durante el horario de 9:00 am a 5:00 pm, durante 82 horas distribuidas en 19 sesiones de trabajo de duración variable.

5) *revisión de la legislación vigente sobre la maternidad*

Se analizó la Ley de Maternidad de la Trabajadora desde la perspectiva de género.

2.3. *El marco antropológico como herramienta de análisis*

El marco antropológico, previamente enunciado, constituyó la herramienta utilizada. Fueron considerados los siguientes elementos como componentes de las tres dimensiones descritas en la persona.

Macroentorno: Fue caracterizado a partir de las entrevistas realizadas y la revisión de documentos: legislaciones relacionadas con la maternidad y la paternidad; código civil. De estas entrevistas se obtuvo:

- Ideología y cultura de la maternidad: Se describió a partir de la percepción resultante de la experiencia en la práctica médica y de la vivencia de las mujeres sobre las concepciones de la maternidad y la paternidad, los conceptos madre, mujer, padre y el cuidado de los/as hijos/as.
- Significación de la atención médica al EPP: Percepción individual sobre la atención médica al embarazo, las pruebas que se realizan, la asimilación de éstas por las mujeres y sus familias, la organización de los servicios y el personal, en relación con la vivencia del EPP y la construcción de la maternidad y la paternidad y la relación médico-paciente.

Mesoentorno: Para la presente investigación lo constituyó la provincia Ciudad de La Habana y en particular los servicios seleccionados; su análisis tuvo en cuenta:

- Caracterización de los servicios de salud de atención al embarazo, parto y puerperio: el territorio, entendido como el ámbito de la atención al EPP, desde la percepción de los entrevistados y la observación.

Microentorno: Fue caracterizado teniendo en cuenta el espacio más cercano de reproducción social a través de aspectos de la vida cotidiana de las mujeres relacionados con la vivencia del proceso reproductivo.

- Convivencia familiar: Personas con las que convive que constituyen redes de apoyo así como posibles modificaciones durante el proceso.

- Tareas domésticas: Distribución familiar de actividades de sostenimiento, administración y funcionamiento del hogar. Cambios en su distribución durante el embarazo y el puerperio.

En el centro del marco antropológico y en constante interacción con el ambiente, se encuentra la *persona*, que se describió a partir de:

- Edad: Años cumplidos en el momento del estudio.
- Nivel de escolaridad: Iltrado, primario, secundario, medio y universitario.
- Nivel socioeconómico: Se clasificó a partir del criterio de las mujeres como: Estable (Con posibilidades de contar con ingresos que les permitan vivir sin dificultades económicas y estas no constituyen una preocupación adicional al embarazo); Con posibilidades intermedias (dadas por ciertas dependencias que puedan resultar esporádicas o temporales y constituyen una preocupación adicional) y Escasas (en los casos que su situación económica constituye una preocupación adicional durante todo el embarazo, ya que se carece de una economía sólida y perspectivas para lograrla).
- Tipo de trabajo: Físico: actividad laboral de índole corporal, Intelectual: actividad laboral de índole mental o estudiante, Trabajo doméstico: cuando no declara realizar otro fuera de casa.
- Entorno laboral: Percepción de las relaciones con sus compañeros/as y condiciones físicas durante el embarazo.
- Situación marital: Casada o en unión consensual, conviviente o no con el padre del/la bebé que espera. Vínculo durante el embarazo y el puerperio, desempeño de roles de género.
- Actividades relacionadas con el estilo de vida: Práctica de ejercicios físicos, participación en actividades sociales durante el curso por el embarazo, el parto y el puerperio.
- Antecedentes obstétricos: Embarazos, partos, abortos (espontáneos, diferidos o provocados).
- Embarazo buscado o deseado: Deseado o no, buscado o no; sexo deseado.
- Visión del cuerpo: Valoración individual de su imagen y su figura durante el embarazo, así como percepción de la mirada de los otros, en especial su pareja.

2.4. Análisis de la información obtenida.

La información procedente de las entrevistas y de la observación participante fue transcrita textualmente y se enriqueció con las anotaciones manuales. Se analizó según la Teoría Fundamentada, que permite desarrollar teoría a partir de datos empíricos en situaciones específicas con diseño sistemático y codificación abierta y axial. La interpretación se inició con codificación abierta: se estudiaron los textos, se descubrieron los conceptos, ideas y sentidos que contenían, se eliminaron las redundancias y se acumularon evidencias para generar, de manera inductiva, un conjunto de categorías y subcategorías

relevantes en la integración teórica, que posteriormente fueron organizadas según una codificación axial que explica el proceso en estudio (104). La codificación axial permitió el esbozo de diagramas explicativos (paradigma codificado). Cada diagrama muestra las relaciones entre los elementos relacionados para dar salida a los objetivos (categorías claves, causales, intervinientes, contextuales y consecuencias), como se ejemplifica en la Figura 1.

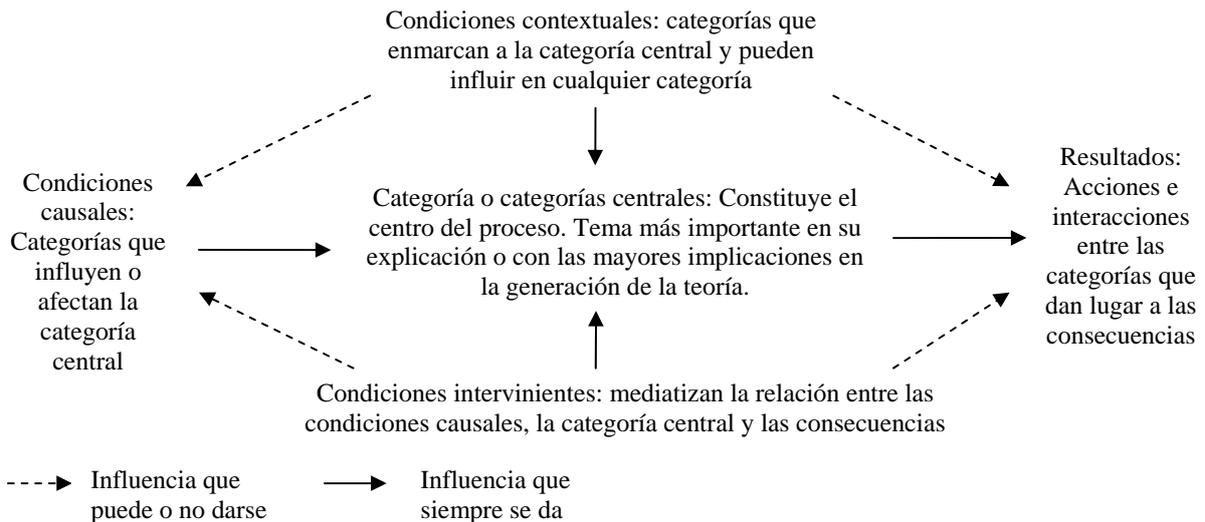


Figura 1. Modelo de diagrama explicativo con la conceptualización de los tipos de categorías en la codificación axial

En la presentación de los resultados, según recomendación de *Hernández-Sampieri*, cada una de las categorías emergentes se acompañó de ejemplos de discursos como soporte de su descripción (104). Un mayor número de fragmentos de discursos, se incluyó en el Anexo V.

2.5. Consideraciones éticas

Las/os participantes en la investigación tuvieron absoluta libertad para colaborar o no con el estudio, así como para responder cada una de las preguntas que se les realizó. Se les explicaron los objetivos del mismo y lo que se requería de ellas/os. En el caso de las mujeres y sus familiares que fueron abordados en los hospitales se les garantizó la libertad de abandonar la investigación en el momento que lo desearan, sin que esto afectara la atención que recibían. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad como premisas durante toda la investigación. En cada caso mostraron su conformidad a través de la firma del Consentimiento Informado (Anexo VI).

Para mantener la confidencialidad de las/os entrevistadas/os y los datos aportados, los nombres de referencia utilizados en el documento no son los verdaderos.

Las grabaciones de las entrevistas y descripciones de la observación participante fueron eliminadas una vez transcritas. La transcripción se conservó en los archivos personales de la investigadora.

Resultados

3. Ideología asociada al embarazo, parto y puerperio desde la perspectiva de los prestadores de salud.

El análisis integral de la información obtenida en las entrevistas a expertos, permitió un primer acercamiento a la caracterización del embarazo, parto y puerperio a lo largo de los últimos 50 años en Cuba y a sus características bioculturales desde una perspectiva histórico – vivencial de alto valor agregado por la cualidad de los expertos seleccionados.

3.1. Factores culturales y sociales asociados al embarazo, el parto y el puerperio que lo definen como un proceso biocultural

Según refirieron los expertos, en 1959 la asistencia médica era precaria y los indicadores de salud desfavorables. En relación a la atención al EPP había una elevada mortalidad materna e infantil y un bajo porcentaje de parto hospitalario. Solo existían como hospitales de maternidad los del seguro de Maternidad Obrera en cada una de las seis antiguas provincias y en La Habana además, como maternidad pública el Hospital Municipal de Maternidad América Arias, el resto de los servicios de obstetricia eran parte de hospitales generales, el de mayor importancia era el servicio del Calixto García. Algunas clínicas privadas y mutualistas contaban con servicios de Ginecología y Obstetricia. Había además comadronas graduadas y recogedoras (parteras empíricas). La distribución de la población entre estos dependía de su nivel económico.

En aquella época no existían policlínicos, había casas de socorro, todo estaba muy en ciernes, muy precario (...) Las maternidades eran Línea y Calixto... Maternidad Obrera, era para los sindicalizados (...) los pobres iban al Calixto o a maternidad de línea. Obrera tenía un poquito más de nivel (E1).

Cuando nosotros nos graduamos en el año 65 prácticamente no se había ejecutado ninguna acción por la dirección del país, específicamente por el Ministerio de Salud Pública, a no ser llevar la atención médica a lugares más distantes del país (E2).

3.1.1. Los cambios en la natalidad

Todos los expertos declararon un incremento en el número de nacimientos entre los años 1961 – 1963, lo que relacionaron con la mejora en las condiciones sociales que se produjo en esta etapa. Esto repercutió en un mayor número de consultas, partos y otros requerimientos de atención. De modo que los cambios sociales tuvieron su expresión a nivel del meso y microentorno, es decir, incluyeron mejoras en las condiciones de vida, mayor acceso a fuentes de empleo y servicios de salud, que se expresaron en las concepciones de las personas y en sus prácticas. Esta variación de la fecundidad respondió a las transformaciones económicas, políticas y sociales que tuvieron su reflejo en la conducta y actitudes de las personas, con su influencia en el tamaño de la familia.

A los dos años de haber triunfado la revolución, hubo una explosión demográfica brutal (año 61, 62), yo recuerdo haber hecho guardias en maternidad de Línea con 50 y 60 partos en un día, de parir cuatro mujeres al unísono... (E3)

Hubo un aumento demográfico notable, casi 60, 80 mil partos más por año, hasta el 67, 68 (E6)

A partir de finales de la década del 60, los entrevistados refirieron un cambio en el patrón de natalidad de

la población, que se evidenció en el descenso de los nacimientos. Hasta ese momento en las zonas rurales las mujeres solían tener como promedio siete y ocho hijos/as y en las urbanas tres y cuatro. En general asociaron esta disminución con la práctica del aborto y coincidieron en que tal comportamiento respondió a los cambios socio-culturales que produjeron una modificación sustantiva en la vida cotidiana de las mujeres: la incorporación al rol productivo debido a las mayores oportunidades de acceso a la educación, al trabajo y consecuentemente a ocupar el espacio público, ya que hasta aquel momento prevalecían los roles reproductivos del espacio privado. También consideraron como determinantes la escasez de vivienda y la insuficiente cobertura del salario para el logro de condiciones materiales que suelen ser consideradas necesarias para tener hijos/as. Estimaron que esta situación se agravó en el denominado “periodo especial” que comenzó en los años 90, donde se constriñeron aún más las posibilidades sociales y económicas de la población. Todo ello en conjunto, se ha expresado en el comportamiento de la persona en una maternidad postergada, con un predominio entre las gestantes de mujeres mayores de 30 años y la disminución del número de hijos deseados (uno o dos). Todos hicieron referencia a un porcentaje importante de embarazos en la adolescencia, que si bien ha descendido, continúa siendo de consideración.

*En esa época (alrededor de 1959) había grandes multíparas, mujeres con 9, 10 y 12 muchachos... (...)
(Actualmente) Las mujeres no quieren parir más de un hijo. La actividad social de ellas lo impide (E1)*

Cada vez más la mujer espera tener las mejores condiciones para ser madre y como sabemos en nuestro medio el logro de esas condiciones es muy lento (E2).

...estamos viendo un gran por ciento de mujeres pariendo por vez primera en edades un poco avanzadas e inclusive pariendo por segunda vez después de largos periodos ínter genésicos... aunque todavía estamos sufriendo un número considerable de partos en adolescentes, aunque ha disminuido sensiblemente... (E3).

3.1.2. Medicalización de la reproducción

La atención a la salud reproductiva fue considerada por los expertos un elemento clave en el logro de la mejora de la salud de la población. Las intervenciones que desde el sector sucedieron progresivamente en Cuba después de 1959, fueron responsables de la reducción de la mortalidad materna e infantil. Esto se logró, según el discurso con diversas acciones del Sistema de Salud: la organización del servicio médico rural, la elaboración de normaciones, protocolos y programas de atención y la formación de profesionales, médicos, enfermeras y técnicos de la salud.

Organización de los Servicios

La modificación cultural y social que se produjo en Cuba después del triunfo revolucionario de 1959 repercutió en la atención al EPP. De una práctica mayormente empírica derivó al control por los servicios de salud. Se concibió la disminución de los riesgos para garantizar la llegada a buen término de la gestación y consecuentemente se incrementó el control médico y social de la gestante. En la actualidad más del 99 % de los partos se producen en el marco hospitalario debido a las características del Sistema

de Salud gratuito y de cobertura nacional completa así como, la aparición de programas específicos, fundamentalmente el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) que produjo un importante impacto durante los años transcurridos.

El primer elemento señalado por los entrevistados que incidió en la mejora de los indicadores y en la calidad de la atención materna e infantil fue el incremento de los partos hospitalarios, que se logró en un inicio en virtud de la creación de los hogares maternos. Un entrevistado (E8) pone en duda a la institución hospitalaria como único lugar para el nacimiento, lo que manifestó a través del lenguaje extraverbal utilizado.

... en el año 70 aparece un primer programa para reducir específicamente la mortalidad infantil... Tuvieron que pasar 10 años para perfeccionar esto y elaborarse entonces el programa materno infantil... Se introdujo el programa del bajo peso al nacer... y ya el PAMI es lo que ha permitido consolidar los logros que ha tenido este frente en nuestro proceso de desarrollo... (E2).

El PAMI es uno de los impactos importantes de la Revolución, que surge de experiencias vividas (E6).

Empezaba en aquel momento el germen de lo que es el hogar materno, que se concibió con concepto geográfico para los lugares de difícil acceso y que hoy es una realidad inclusive en las ciudades... (E4)

... tenemos un 98 % de parto hospitalario, eso en América Latina no existe, ni en Europa... en muchos países las mujeres prefieren parir en sus casas... (E1).

... hoy en día es el 99.9 %, el parto institucional hoy es todo... (E7).

Hoy en día entre la clase médica no existe la menor duda de que el lugar indiscutible para el nacimiento es la institución denominada Maternidad (con ironía) (...) ... en algún momento surgió la idea de que la parturienta estaba rodeada de peligro y necesitaba protección (...) el nacimiento continua rodeado de temor, tanto por parte de la mujer como del personal técnico que la atiende (...) en la actualidad el embarazo es tratado como una enfermedad y el parto se ha convertido en una complicada intervención quirúrgica (...) la práctica médica ha ido alejando cada vez más al nacimiento de todo carácter de normalidad (...) sólo la comprensión por parte de los médicos de lo alejada que está la atención actual de lo que debe ser considerada la atención normal, puede hacer que de nuevo el parto sea un hecho natural (...) en estos tiempos en que la lactancia se encuentra en la cúspide del hit parade, sería el momento oportuno para hacer algún intento a favor del parto natural, pues pudiera parecer que la naturaleza hubiera acertado en la forma de alimentar al niño, pero que se hubiera equivocado en la forma de traerlo al mundo. (...) La naturaleza se ha equivocado. Todo embarazo está destinado a terminar mal, eso no ocurre gracias al Sistema (E8).

La creación del médico de familia en la Atención Primaria de Salud (APS) produjo un impacto sobre la atención al EPP enunciado por los expertos. Como concepto fue considerado positivo, ya que garantizaba un buen control a las mujeres durante el proceso reproductivo. Esto refuerza el criterio previamente expuesto de la concepción protocolizada, sistematizada y definida que caracteriza a la atención al proceso reproductivo.

... hay un sistema, en el área de salud, le dan la canastilla, las vacunas, le hacen todo lo que lleva la atención prenatal, todo lo que se hace está normado en cada etapa... (E1)

... como está concebida la atención ahora, se supone que el médico del consultorio esté a cargo de la atención del embarazo (E4)

Hoy en día la población está muy medicalizada, en un embarazo normal se dan como promedio doce consultas, con seis es suficiente, si es normal... (E6)

En general los expertos consideraron que el control del embarazo es un medio efectivo para la

prevención de riesgos. Se reconoció que la atención ofrecida y la organización del sistema, inciden en el éxito del proceso, pero también se identificaron ciertos aspectos, considerados desaciertos, no deficiencias, ya que no afectan los indicadores, elemento valorativo esencial desde su perspectiva. El más frecuente en el discurso fue la búsqueda por parte de las mujeres de especialistas de la Atención Secundaria (AS) para establecer el compromiso con un obstetra que atienda el parto. Los/as expertos/as consideraron que de la forma que está organizada la atención es imposible lograr un servicio continuo entre la gestación y el parto, debido a la rotación por equipos de guardia. Uno de los entrevistados no negó los requerimientos de AS, ni tampoco otros de los desaciertos identificados antes, no obstante su reflexión, se basó en la fuerza del programa en la APS.

... muchas personas buscan esta doble atención y me veo obligada a pensar que es por falta de confianza, buscando mayor seguridad en personas supuestamente de mayor experiencia de la AS (E4)

... las mujeres consideran que la atención del policlínico no es tan buena como la del hospital, generalmente al hospital va la gente recomendada (...)... cada día de la semana hay un equipo diferente y la mujer pare con el equipo del día que se le presentó el parto... Eso es una contradicción que hay (E1)

... y he tenido divergencias con el obstetra que la atiende por el policlínico... (...) ... en el ejercicio privado de la medicina el médico que atiende a la mujer, la atiende en el parto y en el puerperio y hay una continuidad que indudablemente debe ser así porque entonces la persona en lugar de ser un sujeto se convierte en un objeto, en una historia clínica y la persona hay que verla como un sujeto... (E3)

El sistema está perfectamente instrumentado para que en la atención primaria la embarazada reciba toda la atención cualificada que necesita, no necesita buscar la atención secundaria, está claro que el embarazo es de la atención primaria hasta que apareció el momento del parto, o hubo que ingresarla unos días antes, el cuidado del embarazo está instrumentado y con la capacidad suficiente para dar la calidad que la mujer necesita, eso está categóricamente claro (E9).

Recursos Humanos en la atención al embarazo, el parto y el puerperio

Sobre el personal vinculado a la atención del EPP todos los expertos refirieron la presencia durante los años 70 y 80 de comadronas graduadas, enfermeras obstétricas y quinesiólogas en los servicios de ginecología. Para la mayoría la pérdida de la enfermera obstétrica constituyó un grave error, debido a la concepción de que toda la atención a la embarazada se llevaría a cabo por especialistas. Fue manifestado que este personal era muy estimado por sus funciones en la preparación psico-física para el parto, en el trabajo de parto, el parto propiamente y el ingreso hospitalario durante el puerperio. Lo anterior se articula con problemas que actualmente enfrentan en las instituciones hospitalarias con el personal de enfermería, relacionados con su formación, falta de vocación, poco interés y sentido de la responsabilidad en la labor que realizan.

Las obstétricas, sabían hacer de todo, desde una prueba citológica hasta un cerclaje, había lugares incluso que si no había complicaciones, que había que poner fórceps, ellas hacían los partos solas (...)... tenemos muchos problemas, eso de las enfermeras emergentes, fue una idea para resolver el problema pero esos muchachos son un problema mayor... (E1)

... eso es un personal maravilloso, malas decisiones nos hicieron no seguir formándolas (...) Pensamos que todo lo podía resolver el especialista, la obstétrica además de saber la técnica llega a un entendimiento con la paciente... (E4)

... estaba ahí en el parto [la obstétrica] y estaba con ella en las consultas, eso fue un paso de avance

enorme, además no había muchos médicos, después se formó una enfermera integral... que conocía de ginecología y obstetricia, pero también sabía de medicina general integral y ella en una sala podría hacer la obstetricia y la MGI y eso fue un error, eso fracasó. (...) ... los enfermeros emergentes, es negativo para este tipo de trabajo. No tienen experiencia, ni educación, ni modales, además del tiempo. Es algo que está resolviendo un problema pero no el que quisiéramos. ... todavía le falta mucho para que pueda ayudar. Las licenciadas están de profesoras, de jefes de salas, pero no están en la asistencia directamente (E7).

El riesgo

El riesgo que acompaña al EPP, es un elemento que recurrió en el discurso de los expertos y contribuye a la supuesta dicotomía entre proceso fisiológico – proceso patológico que se manifiesta en la atención. Del análisis del discurso se interpreta que por lo general se determina *a priori*, más allá del sentirse bien y de los resultados clínicos favorables.

... los médicos ven riesgo en cualquier cosa (...) los factores de riesgo antes se podían contar con los dedos de la mano y hasta te sobran y ahora puedes llenar tres y cuatro cuartillas (E5)

Los riesgos ahora son mayores, las mujeres cuando pasan de los 30 años van teniendo menos condiciones fisiológicas para tener un embarazo y por lo tanto se complican más en muchas oportunidades que la mujer joven y que la adolescente (E7).

Desde que vemos por primera vez a una embarazada, la consideramos con algún grado de riesgo y poco a poco vamos transformando el embarazo más normal en una enfermedad. (...) yo no entiendo muy bien a que se le llama riesgo, vivir es un riesgo (E8)

La tecnología y la información

Según declaración de los expertos, las mujeres pueden llegar a vivir sus embarazos a través de lo que informan los resultados médicos y la tecnología. Aun cuando se tuvo en cuenta la importancia de las tecnologías, se consideró excesivo su uso por parte de los prestadores y la subordinación e incremento de la confianza en los resultados tecnológicos por parte de las mujeres, que a decir de los/as expertos/as asumen un discurso “*medicalizado y tecnologizado*” del EPP, lo que a juicio de algunos disminuye el disfrute del proceso e incrementa la dependencia de la respuesta tecnológica.

En la construcción de cada una de las categorías, a partir del análisis del discurso emana la información que poseen las mujeres como elemento que en todo caso modula el tránsito por el EPP. Al respecto se evidenciaron contradicciones en una misma entrevista y disparidad de criterios entre entrevistados.

... te puedes sentar anónimamente ahí y nada más hablan de ultrasonidos, de cuánto mide el DBP [diámetro biparietal] del niño, de qué cantidad de líquido amniótico se ve en el ultrasonido, de que le hicieron tal prueba. Pienso que las mujeres actualmente no están disfrutando su embarazo... Las mujeres se han dejado permear de la tecnología y nosotros las hemos dejado caminar sobre caminos de tecnología que no necesitan (E4).

... lo que sí tengo es que estar oyendo el foco del niño (...) siempre que se pueda a la paciente se le pone un monitor... se registra en una gráfica siempre que nosotros queremos saber cómo está el foco fetal (E9).

No le brindamos a la mujer información... (...) Hay abuso tecnológico y abandono del juicio clínico (E3)

... los médicos se despistan y dan una cantidad de información que prácticamente es para un médico que entiende todo lo que se le está hablando (E1)

Actualmente la mujer sabe mucho y muchas veces le preguntan cosas al médico que no puede responder inmediatamente (E7)

Las mujeres se sienten contentas, felices, agradecidas por el exceso de atención (E8)

3.2. Vivencias y percepciones de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio

Las vivencias y percepciones de las mujeres se describieron a partir de categorías que definen la significación de la maternidad y la paternidad, entendidas como la valoración individual sobre lo que significa y lo que se espera de ellas. Se tuvo en cuenta la percepción de la salud durante el EPP, el sentirse enferma o tratada como tal en algún momento del proceso y los miedos, preocupaciones, fantasías y dudas que pueden surgir.

3.2.1. Concepción de la maternidad

A partir del análisis del discurso de los expertos se interpreta que la concepción de la maternidad, responde a influencias sociales y culturales que tienen lugar en la sociedad y se manifiestan en los cambios en la natalidad, en la cultura médica asociada a la reproducción, pero también en otros elementos como la práctica del aborto y la participación del hombre y la familia en el curso por el EPP, lo que aporta más indicios sobre el carácter biocultural del proceso.

La maternidad como construcción social

Los expertos consideraron que la maternidad posee un componente instintivo, que se interpreta como una determinación biológica de la misma. Además la asociaron con factores sociales y culturales que determinan su variación y transformación en el tiempo, a causa de los cambios sociales que han acontecido.

... creo que como animales superiores tenemos instintos alrededor de esto, pero la cultura, pienso que los elementos culturales nos hacen ver, perfeccionar esta concepción (...) La mujer moderna ve que el hecho de aumentar la familia puede interferir con su desarrollo personal (E4).

El deseo de ser madre es instintivo, la maternidad es instintiva, la relación madre hijo en principio seguiría siendo la misma, la que ha ido evolucionando es la sociedad y las concepciones psicosociales... (E9).

La maternidad es algo culturalmente aprendida... con el desarrollo social y cultural ha ido cambiando y hay mujeres que piensan que ser mujer no quiere decir que tengan que ser madres (E5).

En el discurso de los expertos se manifestó que las representaciones y prácticas asociadas con la maternidad son identificadas con la actitud que asumen las mujeres ante el tránsito por el embarazo y que refirieron como diversa entre la población de La Habana. A partir de esto se interpreta la actitud como la forma de expresión de la maternidad, determinada por el lugar de residencia, el nivel educacional y el nivel de información que poseen, y se articula con el espacio de reproducción social. En su definición, influye la manera en que las mujeres cumplen las indicaciones médicas, a partir de lo cual suelen ser valoradas.

Hoy en día... tenemos mujeres ingresadas que salen a beber, se escapan. Hay muchas loquitas, todo depende del lugar que se atienda, no es lo mismo, Centro Habana, Habana Vieja y Habana del Este, otro lugar que según cuentan es peor es 10 de Octubre (...) Hay también mujeres indisciplinadas que no hacen nada de lo que se les dice... tenemos una variabilidad enorme de niveles culturales, algunas no entienden

(...) la lucha es tremenda ... (...) ... la mujer exige mucho, exige mucho porque los medios de difusión educan al pueblo y se han enseñado muchas cosas... (E1)

... las mujeres han aprendido, saben mucho, demandan atención y exigen mucho porque tienen vivencias familiares, personales o institucionales (...)... si no le recordamos que tiene que hacerse tal, ella está en otra galaxia (E4)

... la mujer sabe que tiene el derecho del control de su salud, la de su familia (...) Las mayores de 35 son más responsables, sobre todo cuando llegan a esa edad sin hijos, son más disciplinadas... (E5)

La cultura del aborto

El tema del aborto emergió como parte de las vivencias personales de todos los expertos en los últimos 50 años o en alguna etapa de estos. En general coincidieron en las características de su práctica y consecuencias, según la época y en su asociación con la concepción de la maternidad que posee la mujer cubana. De modo que se inserta en la categoría “concepción de la maternidad” pero se tiene en cuenta cómo transita por factores sociales y culturales relacionados con la organización de los servicios de salud, analizada previamente.

En la década del 50 y hasta mediados de los 60, el aborto era una práctica habitual entre las mujeres cubanas. Era realizado por médicos privados, en clínicas o consultorios donde el acceso era limitado ya que era ilegal y costoso, y por las llamadas recogedoras o empíricas en condiciones sépticas y con métodos y técnicas deficientes, lo que lo convertía en un factor de riesgo para la mujer. Después de 1959, su práctica fue prohibida, se sancionó a los profesionales y según criterio de algunos entrevistados muchos emigraron para convertirse en “aborteros” en el exterior. Estas limitaciones del personal profesional contribuyeron al aumento de las recogedoras, lo que influyó en un incremento de las complicaciones y muertes maternas. Esta situación de salud propició, a juicio de los expertos, la regulación de su práctica a fines de la década del 60. Con excepción de uno, todos declararon que se legalizó².

Se hacía aborto clandestino en las casas y en las clínicas. (...) hoy en día es nada, ir ahí a solicitar la interrupción del embarazo, pero tenemos más interrupciones que partos (E1).

En Cuba la cultura es de aborto no de anticoncepción, siempre lo ha sido... (E2).

... yo recuerdo tener en el Cuerpo de Guardia del Calixto más de dos mujeres en shock séptico al unísono por prácticas abortivas inadecuadas. (...) pululaban los médicos aborteros y aquellas consultas estaban repletas... (E3).

Los/as expertos/as asociaron la práctica del aborto con la adolescencia. Se refirieron a su elevada frecuencia en esta etapa de la vida y describieron a las jóvenes que abortan como irresponsables en relación al proceso que viven. Poseen muy pocos conocimientos de los riesgos que representa. La participación del varón, por lo general también adolescente, es escasa o negativa. Esta actitud la

² En ese momento se hizo una interpretación flexible del Código Penal vigente (151). Su posterior regulación se constata en las Instrucciones Metodológicas para la prevención de la morbilidad materna y para la práctica de la interrupción del embarazo de Abril/1983 (152), en el Capítulo VI, Artículo 267.1 y 267.2 del código penal vigente (1987) (153), que señala en qué condiciones no puede realizarse y en el Artículo 36 del Decreto 139 del 4 de febrero de 1988 (Reglamento a la Ley de Salud Pública) (154).

vincularon con un bajo nivel de información sobre sexualidad, uso de métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual.

... su pareja no lo tiene al lado y esto se ve en casi la totalidad de las adolescentes que acuden al aborto. La pareja de la madre adolescente no incorpora su responsabilidad ante el hecho reproductivo, no está consciente de esa paternidad (E2)

... las adolescentes vienen solas, ni en los centros espirituales te encuentras a la madre, ya tienen experiencias, se han hecho una regulación, una interrupción (E4).

En este momento están pariendo adolescentes, con una variante que tienen una interrupción por el medio, salen embarazadas y un por ciento alto de ellas se hace una interrupción, una, dos y tres antes de tener un embarazo (E7).

3.2.2. Concepción de la paternidad

A través de las entrevistas se acumuló información que evidencia que la participación de los hombres en la maternidad y el cuidado de los hijos ha aumentado, a pesar de que para algunos de los/as expertos/as el hombre cubano es aún “machista” y solo se ha incorporado pobremente al proceso reproductivo, por la escasa participación de estos en el acompañamiento a la embarazada durante el trabajo de parto y el parto propiamente, evento que asocian con “paternidad responsable”. Según el análisis del discurso el acompañamiento en el parto es mínimo, salvo algunos hospitales donde es permitido durante el parto y bajo ciertas condiciones. Es reiterado el hecho de que no suele ser el hombre, en los casos que ha existido la oportunidad, quien acompaña a la mujer. Se manifestó en estas intervenciones cierta reserva por el personal de salud a la presencia del acompañante, que es enfocado como un problema cultural de la población y estructural de los servicios de maternidad. Del análisis de este apartado emanan contradicciones, ya que son los mismos expertos que plantean la incompetencia cultural los que refieren lo informada que está la población cubana. Aunque existen algunos avances todavía se identifica subvaloración de la participación masculina como binomio imprescindible para el proceso de EPP.

... los padres están muy metidos en el desarrollo y educación de sus hijos (...) concurren más con las mujeres, las traen al médico, se preocupan durante el embarazo... (E5)

... yo creo que la compañía debe ser durante todo el trance del parto... el hombre debe estar todo el tiempo, desde que tiene cuatro contracciones, al lado de ella... La experiencia para mí fue maravillosa, de todos los hombres que entraron nunca nunca hubo un problema. (...) En relación al resto del mundo me parece que estamos atrás... (E3)

... nosotros no dejamos que el hombre esté toda la noche, pero pensamos que eso ayuda... (E7)

A la mujer se le da en estos momentos el derecho de escoger quien quiere que la acompañe, y puede ser el esposo, la mayoría y esto es interesante, no es el esposo, pero no es porque la mujer no quiere, es él el que se siente mal en esas situaciones, la mayoría escoge a su mamá, pero eso ha humanizado de manera importante, eso no es nuevo y está demostrado... nosotros nos demoramos bastante en ir logrando lo que estamos logrando ahora que ya yo si estoy seguro que en la mayoría de los lugares sí se permite el acompañante durante el parto (E9).

3.3. Relación que se establece entre las mujeres y el servicio de salud

Se describió a partir de la categoría relación médico – paciente que explica las características de la atención a la reproducción dentro del Modelo Médico Hegemónico (MMH).

3.3.1. Relación médico-paciente

Este resultado mostró el predominio de una relación médico-paciente desigual y jerárquica, que prevalece en el MMH, con gran énfasis en los aspectos biológicos y la tecnología, donde el saber del “otro” suele ser ignorado. O sea el especialista ejerce el poder a partir de la indicación y decisión “de lo que se debe”, la negación o violación se entendió como “indisciplina” y fue referido como un elemento de la actitud de las mujeres ante la maternidad.

... el obstetra siempre sabe lo que tiene que hacer... (E1)

... pienso también que los médicos tienden a patologizar el embarazo (E5).

... hay muchos profesionales que manejan al paciente de una manera bastante despersonalizada (E3)

... ¿qué médico se va a agachar a pujar con la mujer?... los médicos están muy apurados...(E4)

Porque antes a las pacientes que no querían ingresar los médicos de policlínicos iban a buscarlas con la patrulla y la llevaba para el hogar materno con la policía... (...) Últimamente le decimos a los médicos que sus trabajos tienen que tener Consentimiento Informado y que la paciente tiene que dar su opinión, pero queda mucho, mucho por hacer, no es fácil, porque el médico todavía conserva esa actitud de dueño (E4).

El pueblo cubano confía mucho en los médicos, todavía creemos que es buena persona, y en general es así. Hacen lo mejor que pueden según lo que le han enseñado (E8).

En general, del análisis del discurso de los/as expertos/as se puede resumir que la organización del servicio está pensada y funciona en respuesta a las necesidades de los profesionales o de la Salud Pública como entidad y no de las mujeres y sus familias como usuarios de estos servicios. El hecho de que el embarazo y las embarazadas les pertenece recurre en el discurso a través de frases como: *...control de sus embarazadas... ...el embarazo es de la Atención Primaria...* Desde esta perspectiva, que pasa además a la población, el servicio médico es propietario del conocimiento autorizado y el control médico del EPP entra a formar parte de la ideología en torno a la maternidad, a través de una concepción médica del proceso reproductivo.

4. Del derecho al hecho. El ejercicio de la maternidad a través de las leyes.

Desde 1974 se dictó en Cuba la llamada “Ley de Maternidad de la Trabajadora”, que como su nombre indica protege a la mujer trabajadora. Desde 1975, el Código de Familia estableció la responsabilidad compartida entre la madre y el padre en la crianza y educación de sus hijas e hijos. En la actualidad la protección a la maternidad de la madre trabajadora y el cuidado del menor se regula en el Decreto-Ley No. 234 del 13 de agosto de 2003 y su legislación complementaria, la Resolución No. 22 del 23 de octubre de 2003, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Esta Ley según publicaciones nacionales ha sido considerada muy revolucionaria, ya que propicia la responsabilidad compartida de la madre y el padre en el cuidado y atención de los hijos y la del padre en caso de fallecimiento de la madre trabajadora (110; 111). A pesar de lo legislado, algunas investigaciones y encuestas demuestran que los modelos patriarcales predominan y conducen a que aunque de derecho esté formalizado, en la práctica los comportamientos solo han experimentado ligeros progresos, ya que muy pocos hombres en todo el país han hecho uso del derecho a solicitar la prestación social para el cuidado del bebé posterior a las 12 semanas de nacido, lo que aporta indicios de un retraso de los cambios culturales en relación con los legislativos.

A partir del análisis de la Ley 234/2003, se puede considerar que enmascara inequidad por razones de género, ya que según su dictado, en alguna medida a la reproducción biológica se le asigna ineludiblemente la reproducción social. En primer lugar la licencia retribuida (seis semanas previas al parto y 12 posteriores) es un derecho de la mujer trabajadora, que solo se transfiere al padre en caso de fallecimiento de esta, lo que pasa entonces por considerar las primeras 12 semanas de vida postnatal como principal responsabilidad de la madre, basada fundamentalmente en la lactancia materna, que según esta perspectiva pasa de derecho a obligación de la mujer. La decisión consensuada para la participación de la madre o el padre y no de los dos a la vez, podrá ser ejercida a partir de este periodo en lo que en dicha Ley se considera prestación social y hasta que el hijo o hija cumpla el primer año. Por otro lado y en caso de fallecimiento de una mujer no trabajadora el padre trabajador u otro familiar no tendrá derecho a la licencia retribuida ni a la prestación social que dicha ley contempla. De modo que es una ley laborista y estatal, no protege a mujeres estudiantes, ni trabajadoras por cuenta propia.

Por otro lado, durante la gestación y antes de la licencia retribuida, las mujeres tienen derecho a disfrutar de seis días o doce medios días de licencia retribuida para asistencia médica y estomatológica anterior al parto. Según este dictado no existe la posibilidad amparada legalmente de que el compañero o futuro padre comparta estos espacios con la gestante, en virtud de la formación y consolidación de una maternidad y una paternidad compartida y de vivir como protagonistas tanto el hombre como la mujer el tránsito por este proceso. Tampoco ampara a los hombres para participar en el nacimiento propiamente

dicho y en los cuidados a la mujer puérpera y su hijo o hija después del nacimiento, aspecto que se incluye en las legislaciones de numerosos países.

La lactancia materna desde el discurso médico oficial, se consolida como la principal fuente de alimentación para los bebés, debido a sus beneficios para la salud materna e infantil, de modo que su práctica exclusiva hasta los seis meses es promovida e incide directamente en un descenso de la morbilidad durante ese periodo (112; 113) y consecuentemente en una disminución de los gastos en salud pública. No obstante el artículo 16 de dicho cuerpo jurídico asume que concluye a las 12 semanas y con esta la licencia postnatal, a partir de ese momento se reduce a un 60 % la retribución a la madre u opcionalmente al padre, con lo que los cuidados al bebé y la prolongación de la lactancia implican un costo económico para la madre o el padre, aún cuando continúan los beneficios sociales y económicos, lo que se interpreta contribuye a que no se perciba el trabajo que realizan las mujeres y con este sus aportes sociales y económicos.

En general se pone de manifiesto en el contenido de esta Ley, una percepción de la reproducción en su sentido biológico, las otras dimensiones del proceso (reproducción de la fuerza de trabajo y social) se subvaloran.

5. El relato de lo vivido. Estudios de caso.

Se realizaron seis estudios de caso con la intención de describir el EPP en continuidad, a partir del relato de la experiencia recientemente vivida y como un paso previo a la observación participante y las entrevistas en los hospitales. Los estudios permitieron evaluar el proceso de manera completa y profunda, a partir de la descripción de las vivencias y percepciones. Las mujeres entrevistadas tenían de 21 a 38 años de edad y cumplieron con los criterios considerados de inclusión. En el Anexo VII aparece el análisis de cada una de las entrevistas.

5.1. Análisis individual de los estudios de caso.

Caso 1. Maura

En el momento de la entrevista, Maura tenía 38 años y un bebé de cuatro meses de nacido. Ella y su esposo son universitarios, realizaban trabajo intelectual, poseían un nivel socioeconómico estable. Residían solos en un apartamento amplio, de dos habitaciones, en buenas condiciones. Estaban juntos por más de 5 años y casados. Durante toda su vida de pareja la actividad social ha sido intensa. Las tareas domésticas las distribuían entre uno y otro, por lo que ella consideró que llevaban una dinámica familiar buena y armónica. Durante el embarazo se mudaron cerca de su familia, de modo que la madre de Maura participó en el proceso del nacimiento y la crianza del bebé, en general poseía una buena red de apoyo familiar para las tareas domésticas y el cuidado del niño. Deseaba ser madre, había tenido dos embarazos anteriores que interrumpió. Su hijo no fue buscado. Refirió que desde los 30 años experimentó presiones sociales sobre la maternidad.

Análisis del discurso

A través del discurso de la entrevistada se evidencia autonomía sobre la decisión por la maternidad, con consenso y deseo compartido por la pareja, que se basa en la presión que por la edad le impone la biología. El interés en postergar la maternidad, se relacionó con las demandas profesionales y en general con exigencias del espacio público. Aparece la representación de que un hijo cambia la vida, debido al cambio de estatus y los nuevos roles y responsabilidades que debe asumir cada uno y se demuestra una representación positiva de la maternidad, desde lo personal, familiar y social, condicionada fundamentalmente por el deseo y el apoyo de su compañero. Se manifestaron contradicciones generacionales en lo que respecta a la cultura de los cuidados al interior de la familia.

La concepción de riesgo por la edad materna, implicó un aumento del número de consultas de Genética, pero poca preocupación para ella. Tiene una valoración positiva del servicio médico y del trato que recibió en la atención secundaria. Su relación con la obstetra y el resto del personal se percibe como buena y satisfactoria, su participación es pasiva, “disciplinada”. La experiencia del parto fue descrita

como buena y su vivencia se manifiesta insatisfactoria solo en cuanto a la ausencia de su esposo.

En su discurso se identifican diferencias relativas al género durante la vivencia del proceso. Se observa una deconstrucción de los modelos patriarcales preestablecidos al interior de la dinámica familiar y de pareja, no obstante y aunque su esposo desde un comienzo se involucra en el nacimiento, ella hace explícito cómo la construcción de la paternidad, desde su percepción comienza con el niño nacido. Implícitamente otros elementos que se relacionan son las decisiones sobre los cuidados del bebé, la preferencia por determinado sexo y en relación con la atención, la subordinación de la que es objeto durante el proceso. Por otro lado se refirió a la obstetra que la atiende como “mi médico” y solo refiere que es mujer ya avanzado el relato del parto, dada la construcción cultural del sexismo en el lenguaje.

Caso 2. Daniela

Daniela, en el momento de la entrevista, tenía 33 años, casada y convivía con su esposo desde hacía tres años, su bebé tenía cuatro meses de nacido. Vivían en una casa amplia, antigua, con los padres de ella, mayores y vinculados laboralmente. Es universitaria al igual que su compañero y ambos realizaban labores intelectuales según su profesión. Sus posibilidades económicas son escasas. Su dinámica familiar y de pareja ha sido aceptable, su esposo desde que conviven asumió, con algún grado de inconformidad, tareas domésticas que anteriormente no realizaba. Daniela buscó y deseó el embarazo por 10 años, con tres compañeros diferentes, incluido el actual. Asistió por dos años a consultas de infertilidad. Hace 11 años se le realizó una ovariectomía no obstante no tenía una causa identificada para no quedar embarazada. Logró el embarazo mientras realizaba un tratamiento con antibióticos para una bacteria que le había sido diagnosticada fuera del servicio de infertilidad.

Análisis del discurso

Del análisis del discurso de esta mujer se evidencia una vivencia positiva de la maternidad aunque la refiere como una tarea difícil. Sus antecedentes ginecológicos no le impidieron disfrutar y afrontar el EPP con normalidad a pesar del enfoque de riesgo con que fue valorado su embarazo, los problemas materiales que presentaba, las preocupaciones sobre la falta de experiencia y los cambios y contradicciones que surgieron en la dinámica familiar. En general el fuerte deseo personal y familiar, constituyeron elementos esenciales en la narración de la experiencia. Se informaron y concientizaron en pareja cada acontecimiento vivido y por vivir, lo que se relaciona con su nivel académico y el deseo compartido por ambos.

De su narración emergen elementos sobre la relación que establece con el sistema médico, su valoración es positiva en relación a la APS, no obstante se identifican algunos elementos en contra, como cierta desvinculación entre los dos niveles de atención, por ejemplo: el autorizo que le dio la psicoprofilaxis no garantizó la presencia del esposo en el momento del parto, el servicio del ginecólogo del área terminó

antes del parto, lo que no le dio seguridad y la atención prenatal no la preparó para el cuidado posterior del bebé, responsabilidad que ella colocó en la atención secundaria y en la psicoprofilaxis.

En la atención secundaria, personalizó el buen trato solo en determinado personal médico, las características estructurales del hospital constituyeron un agravante importante. Se evidenció una desarticulación entre lo que esperaba del médico que la atendía por infertilidad y lo que logró de él como obstetra, vivió con mucha emoción el diagnóstico del embarazo junto a este, pero no encontró su apoyo durante el parto, de quien esperaba un mayor acercamiento individual por conocerla con anterioridad y por su labor como fertilista. El preparto y el parto los vivió aislada de su esposo, a quien consideraba su fundamental apoyo. Sus concepciones e ideas al respecto fueron replegadas en función de las de la institución médica. Solo logró cierta movilidad en un espacio poco visible y la acostaron en el momento del parto aunque quería estar semi-sentada. Las inconformidades y dudas presentadas no fueron aclaradas ni discutidas. Tenían un concepto del parto idealizado que la realidad desmontó, lo que generó en la pareja frustración.

El modelo de maternidad y de paternidad que se construyó esta pareja comenzó con el deseo compartido de concebir e implicó la participación de ambos en todo el EPP. Los profesionales y el servicio, a través del ejercicio del poder asignado como institución para el control del proceso reforzaron el rol femenino en este evento, en detrimento de la construcción de una paternidad más participativa y responsable, según era el deseo expreso de la pareja. Del discurso emerge su subordinación ante un sistema hegemónico.

Fue evidente el interés y la necesidad de que su esposo adoptase nuevos conceptos sobre la participación en las tareas domésticas, lo que manifiesta una deconstrucción de lo signado para él acerca de la distribución de roles de género al interior del hogar.

Caso 3. Elizabeth

En el momento de la entrevista Elizabeth tenía 33 años y una bebé de 6 meses, es universitaria y realizaba trabajo intelectual. Tenía una relación de cuatro años con el padre de su hija, con el que no estaba casada ni convivía. Él es profesional pero realizaba trabajo de tipo físico y sus horarios eran variados. Vivía en un apartamento con todas las comodidades junto a su madre. Su situación económica era estable, a lo que contribuía su compañero. Su dinámica familiar era buena, se consideraba sobreprotegida por su madre. La dinámica de pareja a pesar de no convivir era favorable, compartían espacios diariamente y participaban juntos en actividades sociales. Deseó ser madre desde los 24 años, en aquel momento priorizó su desarrollo profesional y en lo adelante las relaciones de pareja no cumplieron las expectativas que tenía creadas en torno a la formación de la familia, con 28 años quedó embarazada y lo interrumpió. Refirió que de su hija quedó embarazada por accidente, aunque sabía que estaba ovulando y decidió tener a su niño independientemente de que el padre diera o no su consentimiento.

Análisis del discurso

Del análisis del discurso emerge una concepción bien elaborada y razonada de la maternidad y la paternidad. El componente de la edad no es explícito pero dada la desarticulación entre las características de su relación de pareja y las concepciones sobre la familia que se había construido desde los 24 años, su edad se interpreta como determinante para que continúe este embarazo. Durante todo el proceso tuvo apoyo de la madre, su compañero y amistades. La relación con la madre fue ambivalente, significó una ayuda importante para poder dedicarse completamente a su hija pero se generaron discusiones por el mayor protagonismo que esta deseaba. Su compañero se ajustó a lo que pretendió de él, afectiva y económicamente desarrolló su paternidad en función del bienestar de la niña. El rol paterno está muy reforzado en la vida cotidiana a pesar del tipo de relación, lo que se da en gran medida por las demandas de ella, que él cumple pasiva y satisfactoriamente.

Su gestación fue saludable y normal, sin embargo valoró en gran medida la necesidad de una buena atención médica. Su discurso sobre el sistema médico se centró durante la gestación en el vínculo con su ginecólogo, que consideró muy positivamente. A la APS le atribuye solo un valor básico y elemental, que no cubre las necesidades de atención al embarazo. Su experiencia del parto y el puerperio en el hospital fue negativa y explícitamente declara que fue maltratada. En su relato se identificaron episodios violentos, fue infantilizada, amenazada y culpabilizada. Colocó la capacidad de parir no en sí misma sino en su médico. Durante el preparto y el parto dicha capacidad no fue reconocida ni potenciada por quienes la atendieron, no recibió apoyo, compañía, privacidad, ni seguridad, atentó además el poco espacio y la inmovilidad, todo lo cual contribuyó a reforzar su concepción de incapacidad al respecto.

A la lactancia le confirió un elevado valor emocional, que refiere a través de un absoluto disfrute, no obstante no lactó durante las madrugadas, lo que se supone disminuyó su carga física y de esta manera la autora considera que moduló su percepción al respecto, hecho que a su vez constituyó una transgresión del dictamen médico (del pediatra) por el que fue criticada.

Caso 4. Naira

En el momento de la entrevista, Naira tenía 21 años, vivía en una casa de dos habitaciones con su compañero, su abuela ciega y su hijo de seis meses, cuando quedó embarazada vivía además con su madre. Había concluido el preuniversitario y su compañero trabajaba como chofer. Consideró que quedó embarazada por accidente, aunque: ... *parece que Luisito, mi marido, como se iba para el servicio me dejó embarazada*. Convivían desde hacía aproximadamente un año en unión consensual. La madre se mudó y con esto las responsabilidades de la casa cayeron en ella. Dependía económicamente de su padre, su madre y su suegra, por lo que sus condiciones económicas se consideraron escasas, aunque no constituyeron para ella una preocupación. Durante el embarazo y el puerperio su compañero estuvo en el

Servicio Militar, los pases fueron cortos y esporádicos.

Cuando sospechó del embarazo, consultó al médico. Padece de quistes en los senos y según la opinión que recibió, una interrupción podría ser peligrosa para ella, por lo que decidió continuar el embarazo. Su madre se opuso pero su compañero quería y recibió apoyo de su padre y abuela. Comenzó la gestación con bajo peso, por lo que fue clasificada como de riesgo con criterio de ingreso en el hogar materno.

Análisis del discurso

En el caso de esta mujer se evidencia poca conciencia de las implicaciones y responsabilidades relacionadas con el nacimiento de un hijo, así como de la paternidad. No se apreció una percepción de riesgos sociales para ella y su hijo, dadas las condiciones en las que se asumió la gestación. Se interpreta que entendió poco del proceso que vivía y por lo general no pidió explicaciones. Refirió que recibió mucha ayuda de su familia, no obstante del discurso emerge una necesidad no satisfecha de atenciones por parte de la madre, no así de su compañero aunque estuvo distante durante todo el proceso. A través de este relato se observa la responsabilidad de la maternidad exclusivamente asociada a la figura femenina, la participación del hombre se visualiza en términos de ayuda. Es evidente la distribución sexual del trabajo, lo doméstico es de ella, es femenino, *me ayuda, me limpia*, refiriéndose a la casa. La figura de su padre, quien identificó como apoyo desde el principio del embarazo se refiere casi exclusivamente a apoyo económico. Emerge en este análisis la reproducción de patrones sociales patriarcales, en los cuales el embarazo y posteriormente el cuidado del bebé, exigirán que la mujer permanezca en casa, la limita al espacio privado, mientras el hombre cumple con funciones sociales. En este caso el nacimiento funciona como un mecanismo controlador que la mancipa y es ejercido por el hombre y aprobado por parte de los familiares.

Se identificó la complejidad de la vivencia aunque no fue expresada. Se interpreta que la construcción consciente de la maternidad se relaciona en primer lugar con la edad y con esta, todo un cúmulo de experiencias y expectativas, que pudieran relacionarse además con el nivel de instrucción, la relación de pareja y otros elementos del microentorno.

El microentorno en que se inserta esta mujer y en particular su responsabilidad en el cuidado de la abuela ciega, determinaron que se negara al ingreso en el hogar materno a pesar de la insistencia de una médica. El criterio de ingreso según su percepción era el peso, así se lo confirmó un médico. Se desconoce si los riesgos sociales fueron valorados por quienes la atendieron. Se considera que no fue comprendida ni valorada de conjunto su situación personal. Esto condujo a que viviera con temor la atención médica, ya que estaba de alguna manera consciente de que al rechazar lo que le indicaban se exponía al enjuiciamiento y a la crítica por parte de quienes saben lo hay que hacer y se entiende que temía ser obligada. Las expectativas con relación al parto, expresadas a través del miedo y pensamientos al

respecto durante toda la gestación, no la llevaron a buscar información ni en sus médicos, ni en otra fuente y no implicó el compromiso previo con un obstetra.

Caso 5. Alicia

Alicia, en el momento que se le realiza la entrevista, tenía 32 años, dos hijos, de 11 años y 5 meses, cada uno de diferentes parejas. Es profesional, médica³. Sus compañeros han sido profesionales no médicos. Sus condiciones económicas eran estables, aunque en varias oportunidades se refirió a las limitaciones económicas en términos generales. En ambos casos estaba casada y vivía sola con su esposo, pero durante el puerperio se mudó con sus padres, en busca de la ayuda de su madre. Ambas viviendas eran amplias y poseían todas las comodidades esenciales. La dinámica familiar era muy buena. En ambos casos los niños fueron los primeros hijos de sus compañeros a pesar de ser mayores que ella en edad. Su primer hijo lo tuvo con 21 años, no fue buscado, había interrumpido seis meses antes su primer embarazo y utilizaba métodos anticonceptivos, decidió continuar por temor a no quedar embarazada más, ya que padecía de trastornos menstruales. Su segundo hijo sí fue buscado.

Análisis del discurso

Esta mujer posee una concepción de la maternidad diferente de la paternidad, a lo que atribuye una causa o componente natural, biológico. Esto repercute en que asuma los roles relacionados con la crianza y reproducción social de sus hijos en general como una tarea casi exclusiva de ella y se evidencien en su discurso brechas de género características de un modelo patriarcal. Este mismo hecho debe generar que no refiera contradicciones sobre las decisiones a tomar con el bebé. Su profesión, incluso con las aspiraciones que tiene y los logros alcanzados, ocupa un lugar secundario a la maternidad.

La profesión de esta mujer y su vínculo personal con el obstetra marcaron el tránsito por el EPP, como una vivencia muy positiva. A pesar de esto y de considerarse disciplinada y cumplir con las indicaciones, transgredió la orientación médica y realizó ejercicios físicos fuera de la psicoprofilaxis y quedó medianamente insatisfecha al negársele la amniocentesis.

La concepción maternal, el deseo, la felicidad y la expectativa en torno al nacimiento, las describió similares en ambos embarazos, no obstante se observan diferencias en cuanto a la vivencia de estos, que se deben a la mayor madurez alcanzada por ella. El hecho de poseer conocimientos y vivencias como médica le introduce una duda constante por la formación del bebé y el éxito del proceso, de la que solo se libera en el momento que ve al recién nacido y comprueba que realmente está bien. Su percepción de la lactancia está dada por el fuerte contacto emocional que establece con el bebé, por lo que se interpreta que le otorga un valor emocional antes que fisiológico.

³ Se aclara la profesión porque determina en este caso la forma de conducir el proceso.

Caso 6. Victoria

Victoria, cuando se entrevista, tenía 32 años y dos hijos, de nueve años y 5 meses, respectivamente. Es universitaria igual que su esposo, ambos realizaban trabajo intelectual, él la mayor parte del tiempo en la casa. Cada uno de sus hijos es de relaciones diferentes. En ambos casos fueron buscados y deseados. En su primer matrimonio, vivía sola con su esposo desde algunos meses antes de buscar el embarazo. En el segundo vivían en casa de su madre. Posee una situación económica con posibilidades intermedias, la vivienda es pequeña, de tres habitaciones, en muy buenas condiciones.

Análisis del discurso

Esta mujer, vivió el tránsito por el proceso reproductivo en dos etapas diferentes de su vida. Además de la madurez alcanzada, el segundo embarazo lo vivió con mayores temores dada la experiencia negativa del primer parto, sobre el cual conserva dudas. Se movilizó para no repetir la experiencia pero no obtuvo seguridad en el servicio médico para ello. Utilizó como estrategia, según recomendaciones de amistades, acudir al hospital a parir lo más tardíamente posible.

En su concepción de la maternidad, se manifiesta lo importante que es para ella, no realiza comparaciones ni establece prioridades entre esta y otras esferas de su vida. A pesar de describir las expectativas de sus compañeros con relación al nacimiento desde antes de la concepción, plantea diferencias entre la maternidad y la paternidad y manifiesta la necesidad en los hombres de ver físicamente al bebé nacido para sentirse padres. Le confiere cierta lógica a esto a partir del hecho natural de la gestación.

Su experiencia con el servicio médico fue insatisfactoria, identificó malestares por varias causas a través del proceso, se sintió presionada en la APS, expresó inconformidades relacionadas con la forma de actuar del personal médico y no médico, le afectaron fundamentalmente la falta de intimidad, de privacidad, algunas normas y regulaciones hospitalarias y la falta de higiene. Reaccionó muy negativamente a la indicación de ingreso, ya que asumió conscientemente que en el hospital pierde el control que normalmente posee sobre sí.

Encontró apoyo en la casa, de parte de su compañero y de su madre, refirió una redistribución de roles en las tareas domésticas y un gran apoyo emocional por parte de él.

5.2. Análisis integral de los estudios de caso.

De las seis mujeres entrevistadas, tres buscaron el embarazo y todas lo desearon. En general refieren una concepción positiva de la maternidad, solo una de ellas identificó aspectos negativos, aunque todas, la describieron como compleja y difícil, asociada a sacrificio y en algunos casos contradicciones y cambios en la dinámica familiar y de pareja, de modo que se considera que la maternidad se construye a través de

un complejo proceso de satisfacciones, gratificaciones, abnegación y esfuerzo. Para tres de ellas, hay cierto instinto en la maternidad, o sea que persiste la concepción del denominado instinto maternal como símbolo cultural asociado a la mujer, que repercute en los comportamientos durante el EPP y el curso vital. La biografía personal y en particular su experiencia como hijas, determinó explícitamente en tres de ellas (caso 2, 3 y 5) su deseo y concepción de la maternidad.

El parto y el primer encuentro con el hijo o hija, constituyeron los acontecimientos de mayor significación e impacto en el relato de las mujeres, con implicaciones físicas y psíquicas de gran importancia en su experiencia en torno al EPP. Se evidenció la asimetría característica de la atención por el MMH, con algunas variantes introducidas por relaciones próximas entre las mujeres y los médicos (Casos 1 y 5).

El ejercicio de la maternidad durante el puerperio, se realizó en el hogar, de manera intensiva, lo que las excluyó de actividades sociales, entre sentimientos de satisfacción, felicidad, disfrute, cansancio, falta de sueño y malestar físico. Lo que se manifestó por todas las entrevistadas, sin diferencias en cuanto a edad, profesión, nivel económico u otra característica relacionada con la persona o su microentorno. Fueron las mujeres quienes dedicaron todo su tiempo a los cuidados del bebé. Algunas describieron los primeros días como muy difíciles, por lo general experimentaron preocupaciones, miedos, frustraciones. Con el paso de los días y semanas se familiarizaron con los requerimientos del niño o la niña y ganaron en seguridad. Contaron con ayuda en las tareas de la casa y algunos cuidados al bebé. Las redes de apoyo que describieron consisten en el grupo familiar, el compañero y la madre de ellas fundamentalmente. El apoyo recibido introdujo ambivalencias, a pesar de haber sido una gran garantía para ellas y ser altamente valorado.

En estos estudios de caso se evidenció como las decisiones en relación al cuidado del bebé las tomó preferentemente la madre. Se apreciaron diversas actitudes por parte de las parejas en relación a esto: se autoexcluyeron, aceptaron las decisiones pero de cierta manera participaron y se establecieron contradicciones. No aparecen referencias a contradicciones en la mujer de 20 años, lo que se interpreta que vive el proceso muy pasivamente y cumple instrucciones, ya sea de los médicos, de su madre u otra familiar mujer con experiencia, además de que su compañero prácticamente no participó. Constituyen la edad y con esta la madurez consciente y el nivel de información, así como, la formación académica, las características de la persona que en estos estudios se relacionan con la vivencia del apoyo procedente del compañero. Excepto la más joven, el resto de las mujeres procuró la participación del futuro o flamante padre y la forma en que lo realizó se relacionó con la concepción que tenían sobre la maternidad y la paternidad. Se manifestó en general que el cuidado a los bebés constituye un trabajo invisible que se realiza en el hogar, que las mujeres aprenden en el ejercicio diario, apoyadas, pero no sustituidas, por sus

compañeros o alguna mujer de la familia.

La lactancia materna, es una de las tareas que exigió una gran dedicación. En sus relatos las mujeres refirieron una inclinación positiva hacia esta, existió el deseo consciente o el “*hubiera querido*”, pero también se manifestaron algunos malestares al respecto. Todas intentaron la lactancia exclusiva, para dos de ellas no fue posible. En el primer caso referido, la mujer se sintió presionada y ambas desde lo personal sufrieron. La mujer que decidió utilizar leche artificial en la noche fue recriminada y advertida de peligros para su hija. Todo esto se interpreta como que la lactancia materna pasa de un derecho a una obligación de la mujer y va más allá de la práctica cotidiana y la cultura social al respecto. Todas expresaron que no salieron de casa durante la lactancia, salvo si era necesario, fundamentalmente a consultas médicas. De modo que es una tarea que aumentó su confinamiento y aislamiento. Dos de ellas refirieron disfrutarla absolutamente, por el fuerte contacto con el bebé, en ambos casos le otorgaron un valor emocional antes que fisiológico y una de ellas, fue la que no lactó durante las madrugadas, lo que pudo disminuir su carga física.

A partir de los resultados de estos estudios de caso y, teniendo en cuenta la importancia que tuvo para estas mujeres y sus familias, el evento del parto (entendido como el trabajo de parto, el parto propiamente y el puerperio inmediato) fue identificado como la parte del proceso en el que se centrarían las siguientes etapas de la presente investigación. Resultaron significativas en su selección además, las connotaciones de género que implicó y la impronta que representó la relación con el servicio médico. Por otro lado ha sido tema de interés antropológico desde hace varias décadas y posee un papel reivindicativo de la mujer desde las lecturas feministas.

Se tendrá en cuenta el discurso de las mujeres como principal fuente de información, con la intención de dar voz a quienes han estado generalmente ausentes de los debates al respecto.

6. De mujeres a madres: Entrevistas a mujeres, acompañantes y médicos, durante la estancia hospitalaria.

El análisis de las entrevistas realizadas a mujeres y acompañantes durante la estancia en los hospitales de maternidad, durante el parto y el puerperio inmediato, permitió describir las vivencias asociadas al EPP, su influencia en la percepción de salud durante esta etapa a partir de la relación con antecedentes biológicos, biográficos, vida cotidiana, espacio de reproducción social y vínculo con el servicio médico. Se analizó además el discurso de nueve ginecobstetras de los servicios estudiados para abarcar los puntos de vistas de todos los protagonistas y la relación que entre ellos se establece.

6.1. Factores culturales y sociales asociados al embarazo, el parto y el puerperio que los definen como parte de un proceso biocultural

El comportamiento reproductivo, estudiado a través de usuarias, familiares y obstetras de tres servicios de partos, insertados en municipios con diferentes características socioeconómicas y culturales, que a los efectos de la presente investigación se constituyen como mesoentorno, aportó información para la construcción de las categorías que caracterizan al EPP como proceso biocultural en la sociedad cubana, en el contexto de Ciudad de La Habana.

6.1.1. ¿Estoy embarazada?! El deseo y la planificación del embarazo

El deseo consensuado de un hijo por la pareja y la estabilidad afectiva son los elementos fundamentales que emergen del discurso y caracterizan en el contexto estudiado a la aceptación de la gestación. Fue referido por varias de las mujeres que sus parejas lo deseaban con anterioridad y se interpreta del discurso y el lenguaje extraverbal que ejercieron alguna presión al respecto. En la decisión influyó también haber interrumpido embarazos antes. No fueron consideradas la edad, las condiciones económicas, la ausencia de matrimonio legal en 12 de las parejas, ni la no convivencia que declararon dos de ellas. Solo algunas hicieron referencia al nivel profesional alcanzado como un elemento que se relacionó. Entre las que no buscaron el embarazo varias valoraron su interrupción.

De las 30 entrevistadas nueve declararon haber buscado la gestación y una de ellas haberla buscado y planificado en fecha, el resto (21 mujeres) declaró que se embarazó accidentalmente. El buscar el embarazo se relacionó con la edad de las parejas. Seis de estas nueve mujeres y sus compañeros eran mayores de 30 años, de las tres restantes, dos tenían 20 y 21 años pero sus compañeros 39 y 31 respectivamente y solo en una de las parejas ambos miembros eran jóvenes (21 años ella y 23, él). No se constató la intención de postergar la edad para tener el primer hijo. 17 mujeres estaban teniendo a su primer bebé, de ellas 16 eran menores de 26 años, y la edad más frecuente entre estas fue de 21 años (seis). Eran padres por primera vez 20 hombres, de ellos 11 eran mayores de 30 años (Anexo II).

Se manifestó por las entrevistadas el deseo por un número reducido de hijos, uno o dos. Algunas de las primerizas se pronunciaron por pensar en otro hijo después de unos años, varias vincularon la toma de decisión al respecto con la vivencia del proceso del EPP y en particular del parto.

Yo hasta hace un año y medio decía que no volvía a parir, pero nos casamos y este muchacho es tan bueno, él no tenía hijos... (Evelyn)

Desde que nos casamos él decía que quería otro hijo (...) Yo no paro más, este es mi primer embarazo y el último. No, uno y ya, esto no lo vuelvo a pasar por nada del mundo, no podría (Sheila)

Es mi tercer embarazo, yo me había hecho dos abortos por regulaciones menstruales (Daymé)

Para saber lo que es ser madre con uno basta (Irina)

No fue buscado pero fue muy deseado (Luis, compañero de Heidi).

Yo quiero este y otro más (Arelys).

... Anexo V

Redes de apoyo. Cuidados especiales

Las mujeres entrevistadas continuaron durante la gestación sus tareas habituales (trabajo/estudio/casa), lo que fue expresado como positivo. Cuatro fueron liberadas del trabajo asalariado por certificación médica, mantuvieron las tareas domésticas y una de ellas el estudio. Las trabajadoras (16) según lo establecido en el Decreto-Ley No. 234/2003, cesaron la actividad laboral a las 34 semanas, posterior a esto todas realizaron actividades domésticas. Las cinco estudiantes asistieron a los centros de estudio hasta unos días antes del parto. Todas fueron atendidas y consentidas por familiares y amigos y sustituidas en alguna medida por sus madres y parejas en las tareas domésticas. El cuidado a las mujeres por parte de la familia y por sí misma comenzó antes que la atención por el servicio médico, se mantuvo a todo lo largo del embarazo e incluyó fundamentalmente cambios en la alimentación y redistribución de roles.

Desde que en mi casa supieron que estaba embarazada ya no me dejaban cargar ni un cubo y todo el mundo estaba en función mía, de lo que había comido y de lo que quería comer, yo me sentí muy bien, seguí haciendo las cosas de la casa... (Evelyn)

Yo no necesitaba cuidados especiales, yo estaba bien, normal... sí pedía comida especial, me aproveché un poco (Heidi).

Yo hice muy buen embarazo, estuve activa todo el tiempo, no deje de hacer las cosas de la casa, yo vivo con mi mamá, siempre hacemos las cosas entre las dos... (Yamilé)

... Anexo V

6.1.2. Medicalización de la reproducción

Las declaraciones sobre la atención al embarazo, el parto y el puerperio inmediato aportaron indicios sobre la medicalización como parte de la cultura asociada al proceso reproductivo. Las mujeres entrevistadas manifestaron que requerían atención médica especializada. Se evidenció que se hicieron dependientes de esta, sobre todo en función del bienestar del bebé en formación y que los médicos ejercieron su poder en el control del proceso.

La atención del embarazo buenísima, se preocupaban todo el tiempo, desde mi experiencia, buenísima, me llamaban a mi casa, iban a mi casa (Aleiny).

Hoy en día el embarazo tiene muchas exigencias, las comparaciones que uno hace con otros tiempos, el chequeo es muy minucioso, demasiadas consultas, me parecieron buenas, casi todas las semanas tienes

consultas. El médico de la familia, es un chequeo constante... yo estoy muy satisfecha (Sandra).

Yo venía a todas las consultas, eso es importante. A mí me parecieron bien, yo prefiero que sea así, porque en el embarazo uno nunca sabe y esta semana puedes estar bien y la otra aparecer algo. Yo prefiero que sean bastante (Nancy).

La mujer participa pero participa con miedo, aquí se le da un toque de que estás prácticamente transitando por una enfermedad en vez de por un proceso fisiológico. (...)... existe un programa que es extremadamente estricto, pero ellas tienen la autonomía de acogerse o no acogerse a él, que nosotros presionamos, que podemos hacer, que podemos influir, que podemos lanzar tras ellas todos los mecanismos aquí instrumentados para, pero ellas deciden (O8)

... yo creo que aquí como que nos excedemos, en cuanto al seguimiento, a la información que se le da, en las medidas que se toman al respecto. Es el sistema de salud, que tiene un programa materno infantil que te fiscaliza todo.(...) ... no, autonomía no tienen, porque hay un programa de atención que tiene bien pautadas sus consultas, sus entrevistas... (O9)

La mayoría de las gestantes confió plenamente en las prácticas profesionales, no obstante tuvieron dudas, contradicciones y resistencias que expresaron durante la entrevista y no discutieron con los médicos.

Las consultas eran en el policlínico, yo no me sentí bien, en una consulta me hicieron un cálculo de peso y me dijeron que era un CIUR lo que traía, después en otro policlínico me hicieron otro cálculo y no era, otra vez me quisieron ingresar porque tenía el líquido bajo y cuando me lo volví a hacer en otro policlínico no lo tenía bajo, lo tenía en 17. Esas cosas me alteraban, siempre era... (Nancy)

... y es obligatorio orinar antes de salir de recuperación, que total, ellas ni se enteraron si yo oriné o no, la Dra. me dijo tienes que orinar y al momento vino una enfermera y dale que ya te vas y la Dra. no sabe si yo oriné o no... yo lo hice a conciencia... en otros tiempos tú no te ibas de ahí si no orinabas (Leyanis).

... no hice más por culpa de la influenza, por la conjuntivitis y medio que por la izquierda sin que la doctora del médico de la familia lo supiera, no llegué a presentar el certificado (Sandra).

La organización de los servicios, las implicaciones que para ellas tuvo el riesgo obstétrico y la información que requirieron y obtuvieron por otras fuentes, constituyen sub-categorías que definen a la medicalización de la reproducción como parte de la cultura asociada al EPP.

Organización de los servicios

El control médico de la embarazada es socialmente conocido y aceptado, lo que emergió de declaraciones relacionadas con el seguimiento por el área de salud como un elemento esencial de la atención, que como expresión concreta de la normativa, es asumido en el comportamiento de todas las gestantes. Quienes en su práctica introdujeron variaciones que implicaron cambios en la vivencia, lo que se relacionó con elementos de la persona, como su biografía y redes personales.

De 30 entrevistadas, 18 introdujeron diferencias a lo normado y una de ellas lo intentó y no lo logró. Cuatro acudieron a otro médico de la atención primaria (MGI o ginecólogo/a) y se interpreta que la causa es la relación de proximidad afectiva con estos profesionales. Fue más frecuente entre las entrevistadas, 10 de ellas, la búsqueda de atención paralela en la asistencia secundaria. Entre los motivos eludidos refirieron: un obstetra conocido que asistiera el parto, que les diera seguridad, la inconformidad con el hospital geográficamente asignado y la posibilidad de la presencia de su compañero en el momento del nacimiento. Se constató que sin haber establecido nexos previos con algún obstetra, cinco mujeres

acudieron a parir a un hospital diferente al asignado y esto se relacionó con la opinión popular sobre un servicio o alguna experiencia previa negativa en otro.

La posibilidad de acudir a otro servicio y con esto la gestión de la atención, dependió de elementos del microentorno, expresado en las redes de apoyo familiar o laboral, como por ejemplo relaciones que tenía algún familiar con profesionales de la salud, lo que implicó en alguna medida personalización de la atención.

Yo vivo en [municipio] desde hace 10 años, pero mi médico de la familia de siempre fue el de [municipio] y mi mamá siempre quiso que me atendiera por ahí... (...) Me costaba un poquitico más de trabajo porque tenía que dar los viajes... pero estoy muy satisfecha de cómo me atendieron (Sandra).

A nosotros no nos corresponde este hospital, pasamos el curso de psicoprofilaxis aquí para ayudarla a ella en el parto y después una amistad que es médico nos hizo la historia clínica. (...) Nuestro interés con este hospital es que él pudiera estar en el parto, porque en otros hospitales se puede entrar pero generalmente es la mamá o una tía o una persona de sexo femenino (Vivian y Samuel)

A mí me correspondía [nombre de Hospital] (...) Yo no quería parir ahí y entonces me recomendaron a la Dra. Alina aquí y vine a verla y me atendió las últimas seis semanas, no pudo estar en mi parto, estaba en consulta, pero me dio vueltas en trabajo de parto, me vino a ver, y bueno... todo salió tan bien (Evelyn).

Yo vivo en [municipio], pero como mi marido tiene carro vinimos para acá... (...) el [nombre de Hospital] a mí no me gusta porque mi hermana perdió una barriga ahí, se le murió un niño con siete meses en la barriga... (Kenia)

Nosotros queríamos que pariera en el [nombre de Hospital] y la médico de la familia nos había recomendado a una doctora de ahí, la íbamos a ver mañana, pero mira se le presentó el parto hoy y como le daba tiempo la mandaron para acá, que es el que le toca... (Madre de Aymara) ...Anexo V

Las demandas cognoscitivas, dudas y preocupaciones sobre el EPP y la crianza del niño o la niña en muchos casos no fueron satisfechas a través de los encuentros asistenciales de la APS.

Los médicos no me dijeron cómo era el parto, no eran muy amigables que digamos, yo no les pregunté, para eso está mi mamá. Lo de ellos es medir barriga, contar latidos... (Lena)

Nosotros buscamos mucha literatura para informarnos y también las cosas que estudiamos aquí en el curso (Vivian y Samuel).

... a veces preguntaba y la Dra. me decía eso no es para el conocimiento tuyo, es para el conocimiento de nosotros, (se ríe), parece que eran cosas de ellos, yo por lo general lo entendía todo (Leyanis). ...Anexo V

El discurso de los médicos en los servicios de partos aportó indicios sobre la desarticulación entre la APS y la AS en relación con el nivel de conocimientos y la preparación de las gestantes. En los servicios de parto se actuó bajo supuestos que estaban conscientes no se cumplieron en la APS y se evidenció que no asumieron esta función.

A todas las embarazadas se le debió haber dado durante los nueve meses una preparación... ¿te imaginas estar repitiendo a cada una lo que se le hace y por qué se le hace?! Se le dice por ejemplo, se te rompió la fuente, cuando preguntan se le explica, sino preguntan no (O1).

Las mujeres llegan aquí con muy poca preparación y yo no tengo ni tiempo ni médicos para estar haciendo lo que se debió hacer en el consultorio... (O2)

... cortan el pujo, no pujan bien y ya ahora eso es muy difícil que lo aprendan, eso se aprende antes (O5)

...para el momento del parto y el puerperio habían unas clases que se impartían, en muchas áreas de salud no se están dando porque no está el personal de salud capacitado para impartirla por tanto la mujer llega con un conocimiento básico, la que llega, la que no simplemente viene a ver lo que pasa (O9).

El Riesgo

Al efecto de esta investigación no es interés analizar el criterio para la clasificación del riesgo sino la implicación que tuvo para las mujeres entrevistadas, en lo personal y en su relación con el servicio. En general fue un elemento importante en el discurso de mujeres y obstetras durante el embarazo, que se vivió de varias maneras. En general no supuso importantes limitaciones en la vivencia de la maternidad, no obstante para varias de ellas implicó el ingreso en el hogar materno, lo que en algunos casos condujo a la pérdida de la psicoprofilaxis por mujeres y parejas interesadas, lo que sugiere que el control de un riesgo original implicó la pérdida de vivencias, como la presencia del compañero en el nacimiento en uno de los servicios estudiados, para lo que se necesitaba la constancia de haber realizado este curso. Supuso además el ingreso a mujeres que no lo consideraron necesario de las cuales solo una de ellas ejerció su autonomía al respecto y se negó.

... para ellos mi embarazo fue riesgoso por mi operación [quiste congénito de ovario], no me dejaban hacer nada, para mí no fue riesgoso, yo hice de todo, yo fui a la playa... yo hice mi vida normal (Lisette).

Me gustaría que estuviera mi esposo [en el parto]. Él está allá afuera. Yo me pasé casi todo el tiempo ingresada en el materno porque yo soy múltipara añosa y no pudimos pasar el curso (Dunia).

Yo estuve ingresada en el hogar materno porque decían los del consultorio que estaba [la niña] baja de peso pero en realidad no... mentira (expresiones de incredulidad) (Danay)

A mí me mandaron mil cálculos de peso, porque yo con peso estacionario y la barriga creciéndome, así que yo lo que hago es bajar. Me trataron de ingresar, por el riesgo, pero yo dije que no, yo me negué, si yo me siento bien, porque me iba a ingresar. La idea de ingresarme era que yo comiera, pero yo como, lo que no engordo y la niña estaba bien, me hacían cálculos de peso y ella iba bien... (Leyanis). ...Anexo V

En las representaciones del parto que tienen las mujeres y sus familias la presencia del riesgo se manifestó con una connotación diferente a la que le otorgaron los obstetras, ya que ellas confiaron en el hospital y en los médicos ante “lo que pueda pasar”. La mayoría de las mujeres que tuvieron su primer bebé, fueron al hospital con los primeros síntomas de trabajo de parto. Las que habían tenido partos anteriores, esperaron en casa, lo que sugiere que la experiencia previa, incluso en casos de partos no considerados buenos, redujo la percepción del riesgo para sí misma. La paridad constituyó el elemento biográfico que moduló la interpretación del riesgo.

Cuando expulsé el tapón mucoso vine para el Hospital, Luis me dijo que era normal, pero yo quería venir para estar aquí. Uno no sabe, pasa cualquier cosa y ya estás aquí, que están los médicos. Cualquier cosa que tengan que hacer... (Heidi)

Yo tenía contracciones desde la madrugada pero no dije nada... (...) me quedé en la casa, ya yo tenía un parto anterior y ya yo sabía más o menos el tiempo que eso demora (...) Yo hoy por la mañana lo desperté y le dije, levántate que tu hija nace hoy y empezó como un loco a hacer cosas a salir corriendo para acá y yo le dije, coge calma que eso no es así.(...) El primero fue un pelviano, un parto muy trabajoso (Ivis).

... hoy mismo en la obstetricia se sabe que donde quiera que sucede un parto existe la posibilidad de que la mujer sangre y el resultado perinatal en cuanto al feto también es un poco incierto porque al final todos los mecanismos que uno tiene de saber la salud fetal son indirectos... (O3)

... cualquier parto tiene riesgo y aplicando cualquier técnica... (O4)

Es una situación de riesgo de principio a fin, la práctica es lo que nos ha hecho cambiar la visión que teníamos del embarazo. Conceptualmente es fisiológico pero no hay nada que destruya más el status quo de

una mujer. Es extremadamente riesgoso y pone tu organismo a trabajar al límite. (...) yo creo que el exceso de confianza en esta especialidad es lo que marca la diferencia de un buen y un mal final (O8).

Como parte del proceso reproductivo se articulan un conjunto de representaciones y prácticas que son compartidas por gestantes, familiares y médicos y contribuyen a la caracterización de este como proceso biocultural. Estas incluyeron un deseo consensuado en la pareja por un número reducido de hijos, ante una maternidad que no suele ser planificada, el desarrollo de cuidados y afectos alrededor de la gestante y el control médico del EPP desde la ideología del MMH a través de prácticas sistematizadas y definidas y con esta la pérdida de autonomía de las mujeres/pacientes a través de la concepción del conocimiento autorizado vs. el no saber y el discurso de riesgo. Las modificaciones a la definición médica del EPP que introdujeron las mujeres y sus familias se limitaron a la autogestión de la atención, fundamentalmente la secundaria.

6.2. Vivencias y percepciones de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Se describieron a partir de categorías que definen la representación de la maternidad y la paternidad, entendidas como: la valoración individual sobre el deseo por el hijo/a y el hecho de sentirse madre o padre; el tránsito por el EPP en función de factores sociales y culturales y lo que significa individual y colectivamente; la percepción de la salud durante el EPP, el sentirse enferma o tratada como tal en algún momento del proceso, y los miedos, preocupaciones, fantasías y dudas que surgieron ante la expectativa del parto; el nacimiento propiamente como evento que ocurrió en el contexto hospitalario y por tanto como acontecimiento médico, que incluye el primer encuentro con el hijo o la hija y el ejercicio de la maternidad durante el puerperio inmediato.

6.2.1. Concepción de la maternidad

Las experiencias en torno al descubrimiento del embarazo y la expectativa y preparación para el nacimiento, la vivencia del cuerpo “de embarazada”, conjuntamente con el tránsito por la atención médica hasta el parto y el primer encuentro con el hijo o la hija fueron los elementos que desde el discurso de las mujeres aportaron indicios hacia la definición de la maternidad como constructo social.

Las mujeres, independientemente de la edad, el tener o no hijos/as, el nivel de instrucción que poseían u otra característica personal y del microentorno, refirieron una concepción positiva de la maternidad. Varias de ellas mostraron expresiones de alegría en la descripción del momento en que confirmaron el embarazo y empezaron a evidenciar los cambios en el cuerpo, aunque hicieron referencia a temores, dudas y sensaciones de sobresalto y ansiedad, que relacionaron con los cambios que en la vida cotidiana experimentarían y en algunas que ya tienen hijos con el embarazo, pero sobre todo el parto.

La mayoría refirió sentirse madre con la vivencia de la gestación, lo que se relacionó solo en alguna medida con la edad. Dos mujeres requirieron ver a sus bebés para declararse como tal, tenían 20 y 21

años, pero estas eran edades frecuentes en la muestra. Otras dos expresaron menor satisfacción y positividad, ambas estaban teniendo a su tercer hijo y poseían un nivel educacional bajo, no obstante en su discurso se evidenció preocupación por el bebé y su formación, así como disfrute de la gestación por las atenciones especiales que recibieron de familiares y amigos.

Cuando supe que estaba embarazada dije ¡hay que rico! ¡Hay mi madre! [Se ríe]... y después cuando empezó a crecerme la barriga y todos los cambios, ya yo me sentía una mamá... (Yamilé)

Madre, no sé... pienso que cuando lo vea... (Daymé)

Él quería al bebé más que yo, porque estas cosas nada más que las pasan las mujeres y el hombre es rico decir vamos a tenerlo y al principio uno dice bueno sí está bien pero ya cuando llega el tiempo final, yo venía para acá y los pies me temblaban porque yo sé que cosa es eso.(...) siempre te trae molestias y uno es la que se come las molestias y la madrugada... (Yaima).

El cuerpo gestante

Se observó una aceptación de los cambios físicos durante la gestación que se experimentó de diferentes maneras. La mayoría de las mujeres refirió disfrutar el embarazo aunque todas plantearon incomodidad, limitación, problemas para dormir y preocupación posterior por su figura. Desde la percepción de la mayoría de ellas, sus parejas disfrutaron los cuerpos gestantes, aunque la referencia fue exclusiva a “*la barriga*”, que ellos tocaron y besaron. Por lo general se sintieron socialmente aceptadas y reconocidas. De modo que el tránsito por la gestación fue descrito con cierta ambivalencia: a través de los síntomas que presentaron y la preocupación posterior por la figura, que se asocia a enfermedad o problema y a través de expresiones positivas o de disfrute, si los síntomas no estuvieron presentes o fueron ocasionales y por el entorno afectivo que generó la gestación.

En general se observó que las mujeres se implicaron y valoraron la experiencia de la maternidad durante la gestación asociada al cuerpo. El crecimiento del abdomen se entendió para muchas como sublime y deseado, expresión del crecimiento y desarrollo del bebé.

... a mi me gustó, yo me veía bonita... la barriga y a mi esposo le gustaba, me besaba la barriga, la tocaba, le hablaba, le ponía música, le cantaba, ya este [el bebé] es reguetonero (Lisette)

Él estaba loco porque me creciera la barriga, tenía un desespero, a mi me gustaba, aunque al final era incómodo hasta para dormir... (Yamilé).

Lo que más me preocupaba es que se me llenó mucho la barriga de grietas... Yo sí disfruté mi embarazo, lo que estaba inconforme. (...) Yo casi no podía dormir, me tenía que estar levantando constantemente a orinar y él que se me movía mucho. Me sentía incómoda porque hice una barriga muy grande (...) ... él [su compañero] siempre me dio ánimo... (Irina).

Del embarazo me gustó todo, si yo quería helado, me compraban helado... (...) En la escuela ¿y cuándo nace, y para cuándo? (...) El cuerpo no me gustó, cuando me veía de lado me veía horrible y él dándome chuchos [su novio] (...) Yo hice la barriga chiquitica, mira me quedé sin barriga, era niña nada más, me quedé planita (Rosario).

... Anexo V

En algunos casos la experiencia del embarazo se manifestó como invisible, si no presentaron síntomas asociados y continuaron con su vida normal o cuando la “*barriga casi ni se notaba*”.

Yo hasta podía limpiar, todo normal, ni vómitos, ni mareos ni nada, yo como si no estuviera embarazada

(Rosario).

Ella hizo la barriga normal, chiquita, todo el mundo decía mira parece que no está embarazada, como era una barriga chiquita (Madre de Arelys).

Cuando salió, lo vi así de refilón, no me lo enseñaron ... y dije de verdad que estaba embarazada, porque a mí no me daba vómito, ni mareos, ni malestar, ni asco ni me daba nada, era come y come y no me llenaba, pero cuando lo vi dije, de verdad tenía un niño allá dentro (Yaíma).

6.2.2. El parto

Para todas las mujeres entrevistadas el preparto y el parto propiamente fueron muy impactantes, intensos, por el agotamiento físico, el dolor y la preocupación. Lo consideraron bueno las que tuvieron un parto rápido, incluyendo el trabajo de parto. Muchas de ellas ubicaron alrededor de este, el momento más emocionante de todo el proceso, asociado a la inminente llegada de su bebé, a oírlo/la llorar, o (casi) verlo/a salir.

... saber que mi hijo ya iba a nacer, cuando lo sentí llorar (Irina).

Cuando ella salió, cuando le vi la cabecita, ese fue el mejor momento, que emoción (Lena).

El momento más importante siempre es el parto, porque es lo que uno está esperando, cuando sale... (Leyanis).

El momento que vi a Osvadito, tenía tremendas ganas de verlo... (Sandra).

Cuando salió, cuando sentí que lloró. Cuando él salió completo que lo sentí, traté de subir un poquito más y lo vi de aquí para arriba... (Arelys).

El más emocionante... cuando lo sentí llorar (Daymé)

El puerperio inmediato o alojamiento conjunto o según ellas recuperación, fue un momento en el que compartieron dolor físico e incomodidad, con satisfacción, placer y tranquilidad, la mayoría por haber “salido de esto” y ver que los/las bebés estaban bien, salvo dos que sus bebés fueron trasladados a cuidados especiales por elevado peso.

A mí me parece mentira haber salido de esto tan rápido, uno lo piensa y se hace una idea, yo estaba preocupada... (...) ahora siento una tranquilidad enorme, ya la revisó el médico y todo está bien (Gema)

Ahora estoy muy adolorida (Leyanis).

Ahora estoy un poco adolorida, pero ya salí de eso (Heidi)

Estoy incómoda con el suero, pero bien y el bebé está bien... (Niurka)

Los puntos esos me tienen loca, me duelen mucho... (Yaíma)

El parto, como categoría, se construyó a partir de un grupo de sub-categorías:

En espera del parto

Las expectativas sobre el parto, estuvieron presentes en la mayoría de las mujeres entrevistadas, que expresaron miedos, preocupaciones y dudas al respecto. Fueron mayores en las que pasaron de las 40 semanas de gestación, algunas de las cuales ingresaron, según ellas por este motivo, estaban advertidas y temían una inducción si no se presentaba el parto espontáneamente.

Del discurso de ellas y sus acompañantes emana que la solución ante los miedos, las preocupaciones y

las dudas no encontraron en muchos casos una respuesta en el servicio médico de atención. Las salidas en las que se movilizaron fueron fundamentalmente, la experiencia de la madre u otras mujeres, la resistencia a saber, la búsqueda de un especialista de AS que asistiera el parto y en menor medida información divulgativa obtenida por revistas, videos o Internet.

Las mujeres declararon cómo alrededor de ellas otras mujeres revivieron su experiencia, incluso ante aquellas que hicieron resistencia. Por la descripción de las entrevistadas, el relato suele ser negativo o enfatiza en los aspectos más difíciles o dolorosos, lo que se interpretó asociado a la enfermedad.

El miedo al dolor y su presencia inevitable fue expresado tanto por las mujeres como por los familiares y los profesionales. La expectativa ya cercana al nacimiento se vivió con ambivalencia, ya que junto al miedo y el dolor fue expresado el deseo por conocer y tener finalmente al bebé.

Yo estaba un poco preocupada por el parto, por el recuerdo del primero que fue... pero este embarazo fue tan diferente, fue tan deseado, planificado, muy bueno, yo me siento diferente por la edad (Evelyn)

Yo tenía miedo pero yo decía que tenía que salir bien. Yo le preguntaba a todo el mundo, a mi mamá, a los doctores de la sala [perinatales]. Ellos me explicaban que era un dolor que se soportaba y si yo cooperaba más y que me decían en qué momento tenía que respirar, que tenía que cooperar con los médicos, todo. Yo sabía lo que era porque había preguntado pero a la vez tenía miedo porque nunca había pasado por eso. (...) En la semana 40 me ingresaron, porque tenía el tiempo, si no se me presentaba el parto tenían que inducirme y yo sabía que las inducciones eran muy largas... (Arellys)

Gracias al curso yo no le tenía miedo al parto, todas las preocupaciones que tenía, con el curso las perdí, yo estaba preparada (Aleiny). ... Anexo V

Preparación para el parto y la maternidad. La psicoprofilaxis

Como ya se expuso antes, el discurso de las mujeres aportó indicios que ponen de manifiesto que la APS no les proporcionó una preparación para el parto y el ejercicio de la maternidad. De las entrevistadas, solo dos realizaron psicoprofilaxis en pareja y una de ellas comenzó a asistir sola y la abandonó. 17 refirieron que no recibieron indicación y 10 la recibieron pero no asistieron por varias razones: el ingreso en el hogar materno, la indicación de no salir para evitar el contagio de gripe (AH1N1), los compromisos estudiantiles y subestimar su aporte.

Dos mujeres que practicaban ejercicios físicos con regularidad antes del embarazo, refirieron mantener la actividad física, que consistió en caminar, además de las tareas habituales de la casa y el trabajo. Nunca otro ejercicio fuera de la psicoprofilaxis fue recomendado por los médicos. El móvil para asistir a la preparación o caminar, desde la perspectiva de ellas era la ayuda que les propiciaría para el parto, aunque el hecho de que condujera a la presencia de su compañero como acompañante durante el trabajo de parto y el parto propiamente, se interpreta es un significado que le otorgan en gran medida.

En esta investigación, la recomendación y la práctica de la psicoprofilaxis se relacionó en primer lugar con el hecho de que existiera el servicio en el área de salud. Una de las parejas que la realizó lo hizo lejos de su lugar de residencia para que el futuro padre participara en el parto, por lo que gestionaron la

atención, lo que refiere una concientización y preparación para el evento del nacimiento superior a la observada en el resto de las mujeres. En el servicio de partos al que asistió la otra pareja no estaba permitida la presencia de hombres.

¿Qué es eso? No, no lo hice (Danay)

Si, en el consultorio me lo dijeron, pero como con lo de la pandemia no se podía salir de la casa para nada, no fui (Daymé)

Me gustaría que estuviera mi esposo [en parto y parto]. Él está allá afuera. Yo me pasé casi todo el tiempo ingresada en el materno porque yo soy múltipara añosa y no pudimos pasar el curso (Dunia).

... pasamos el curso de psicoprofilaxis aquí para ayudarla a ella en el parto (Samuel, compañero de Vivian)

Para el curso me llamaron a mi casa y me dijeron ¡tienes que ir! (sube el tono de voz y refuerza la idea) y yo iba, pero las que no iban llamaban al consultorio y las reportaban (...) Él fue a la psicoprofilaxis conmigo (...) en la sala nos habían dicho que en el parto los hombres no podían pasar (...) Él estaba desesperado allá afuera por venir y ayudarme a hacer lo que hubiera que hacer, pero no podía.(...) yo creo que hubiera sido muy bueno que él estuviera, pero imagínate (Aleiny) ... Anexo V

La vivencia del parto

23 de las mujeres fueron internadas en la sala de perinatales y trasladadas para el servicio de partos cuando tuvieron 4 cm de dilatación. En sus declaraciones refirieron que colaboraron, cumplieron órdenes, permitieron la exploración de su cuerpo incluso ante la presencia de personal ajeno y no refirieron que cuestionaron las prácticas realizadas. Algunas desearon caminar durante el trabajo de parto y según los médicos estaban limitadas para ello por el poco espacio. Por lo general solo se les permitió beber.

Aquí el servicio es muy pequeño, lo bueno sería caminar, pero ¿aquí qué tramo van a caminar?... aquí no podemos, se les recomienda que se sienten en la cama, en la silla y bueno que camine un poco el tramito ese de ahí para allá, que haga cuclillas, si puede (O1)

No es posible por el espacio, se les pide que permanezcan en el cubículo (O7)

Caminar acorta el trabajo de parto, de todos modos yo no les pido que caminen, yo les pido que se mantengan de pie el mayor tiempo posible, si estas muy cansada acuéstate un rato, si estás mareada, no te vas a caer al piso, que ninguna paciente se cae desmayada en el parto, eso no sucede, en mi experiencia personal yo creo que una vez y eso por otras causas... (O3)

Solo una de las entrevistadas se interesó por la posición que adoptaría para parir, para el resto no fue cuestionada. El discurso de los médicos sugirió que los salones están diseñados en función de los profesionales y no de las gestantes. Ninguno de ellos refirió los beneficios asociados a otras posiciones.

Yo siempre preguntaba cómo era la camilla de parir y ellos me decían que era casi, medio acostado, yo decía si es acostada es más trabajoso (Arellys).

Es que evidentemente para uno, lo más cómodo es que ellas estén en posición ginecológica... es más fácil para hacer cualquier maniobra [compara el parto con la recepción de un balón de fútbol americano y luego describe varias posiciones que "existen"] (O1).

Lo justo es permitirle a la paciente optar por la posición que desee para parir...(...) De hecho creo que no se le hace porque a veces romper con esquemas, a mi modo de ver es un poco difícil, lo cierto es que nuestras condiciones están creadas para este tipo de parto. (...) Nuestra población tiene culturalmente incorporado que esa es la posición en que se pare y aunque tú ahora no vayas a viciar el trabajo de parto, ellas se acuestan y se ponen en esa posición y se aguantan los pies y pujan en esa posición y se elevan las piernas. Porque lo justo es que Ud. la deje a ella que adopte la posición que desee al parir (O3).

Las intervenciones médicas estuvieron presentes en todos los partos descritos, a la mayoría de las entrevistadas le rompieron artificialmente las membranas, a algunas les realizaron la maniobra de Kristeller. La episiotomía fue un momento muy doloroso del que se quejaron todas a las que se les practicó. Para muchas la anestesia no fue suficiente y varias refirieron que duró más que el parto. A la mayoría se les colocó un catéter, según ellas “*por si era necesario*” y siempre lo fue, por profilaxis. En general el relato de las mujeres incluyó desde aquellas que consideraron haber sido bien atendidas, hasta quiénes expresaron de alguna manera o en algún momento inconformidad y maltrato.

Las intervenciones médicas realizadas en el parto, fueron descritas en el relato de la mayoría de las mujeres, después de una interrogación puntual al respecto o espontáneamente al día siguiente cuando fueron entrevistadas en la sala de puerperio. Sus declaraciones aportaron indicios de que desconocían la razón por la cual les realizaron la rotura de las membranas, asumieron la necesidad de la episiotomía y del trocar con anterioridad y a la monitorización se refirieron favorablemente en función del bienestar de su bebé, pero a su vez describieron la incomodidad que implicó, no se percataron del alumbramiento asistido. La referencia en general de las mujeres estuvo más encaminada a la descripción del dolor y la duración del evento en sí y en algunos casos al trato.

Todas ellas, en alojamiento conjunto expresaron dolores por la episiotomía, molestias por la presencia del suero y sin embargo consideraron haber tenido buen parto si fue breve y si su bebé estaba bien.

... yo no paro más, este niño va a tener todo mi amor, pero no, yo no puedo, no vuelvo a pasar por esto. (...) No tuve buen parto, para nada, él [el bebé] no me ayudó nada de nada... (...) tuve un parto muy trabajoso...por suerte una muchacha se me encaramó, eso fue un alivio porque salió el chiquito... (Lisette)

Yo creo que fue bueno, ya a la hora de parir y a lo que dicen la gente, sí, pero los dolores y todo, pero fue bueno, sí, porque fue rápido y no hubo instrumentación ni nada, pero el trato de los médicos, era como que no se ponían de acuerdo, ya yo estaba pujando, me había hecho caca y se lo decía y él me decía que eso era por gusto, que yo lo que quería era más salir de eso que otra cosa y en realidad no era así porque de hecho en el segundo pujo lo solté, entonces no era que yo estaba inventando. Me maltrataron por gusto (Daymé).

Cuando me empezaron las contracciones por la mañana en la casa con los dolores me bañe y empecé a hacer cuclillas y cuando llegué aquí, llegue más dilatada.(...) las contracciones eran más seguidas, la fuente me la rompieron aquí con cuatro de dilatación. (...) Yo tuve buen parto, parí bastante rápido, ella me atendió bastante bien, pero imagínate tú los puntos me los dio sin anestesia, dice que no le dio tiempo. (...) Y la Dra. de aquí dale mija, puja, dale, aprieta, me tenía desesperada, con una mala forma, y las manos metiéndomelas para allá dentro como si eso fuera... un pote de helado y dale, aprieta y un blanco trepado aquí arriba y la otra abriéndome los pies que vaya... y en parto sufrí porque tuve que pujar bastante y los puntos sin anestesia, pero eso fue desesperante, un negrito estudiante de medicina me aguantó el pie para acá y la otra estudiante me lo aguantó para allá...(Yaíma). ... Anexo V

La episiotomía le fue realizada a 23 de las 30 mujeres. Todos los médicos entrevistados declararon que se usa rutinariamente, se refirieron a los riesgos que implica para las mujeres, no obstante hubo disparidad de criterios en cuanto a su necesidad y por tanto en la práctica. Con la rotura artificial de membranas, hubo consenso entre ellos con que acorta el trabajo de parto y permite ver el líquido amniótico como indicador de bienestar fetal.

La práctica demuestra que es mil veces mejor suturar una episiorafia que un desgarro, porque la episiorafia tú siempre la haces latero-medial, los desgarros siempre, siempre van a la rafia... no es lo mismo dar puntos en un borde fino que en uno romo (O1)

Jamás hago episiotomía, la episiotomía tiene cuatro indicaciones hoy en el mundo y son bastante infrecuentes de modo que yo en lo personal no hago episiotomías. (...) A mí no se me olvida, yo tuve una paciente que ella no llegó a tiempo y nació el niño que pesó más de 4200, una mulata alta, delgada, hace tiempo, sin una episiotomía, sin un desgarro ni nada, divino, divino, por eso yo digo que si esa nació sin episiotomía cualquiera puede nacer sin episiotomía. (...) Yo veo que en el noventa y tanto por ciento de los partos no hay que hacerla (O3)

Hay muchos médicos que eso no lo tienen incorporado, incluso en este mismo hospital hay guardias en las que apenas se protege el periné, no lo conciben, la episiotomía se hizo para hacerla, así te dicen. (...) Hay algunas cosas en las que hay que continuar haciendo episiotomía, pero hay otras situaciones en las que se puede con una buena protección del periné mantener todo el periné relativamente intacto y eso evidentemente da una mejor recuperación a la paciente y un mejor pronóstico porque la episiotomía es una herida, que la gente tiene varios días de dolor después, incluso pueden quedar secuelas como granulomas, el riesgo de un hematoma, que después a las pocas horas del parto haya que intervenir a la paciente, dolor al tener contacto sexual, puede que quede mal hecha y haya que restaurarla después y cuando uno hace una buena protección del periné te ahorras todo eso. (...) Las complicaciones tardías son muchas, las pacientes llegan a la consulta y se quejan de anorgasmia, de dolor en el contacto sexual (O4)

Cuando hay una dilatación mayor de seis se rompen las membranas para que haya un reacomodamiento del útero... Aminora el tiempo del trabajo de parto (O1)

La mujer/paciente

Las entrevistadas refirieron que debían “*ser disciplinadas*” “*portarse bien*” y que no debían “*gritar*”, se autocensuraron cuando describieron momentos en que se alteraron, gritaron o pidieron una cesárea. También expresaron malestar por otras mujeres que actuaron de esa manera. Las/os acompañantes y en mayor medida las madres, asumieron como una de sus funciones hacer que mantuvieran la calma y regañarlas ante actitudes de este tipo.

Según sus declaraciones no les informaron ni explicaron lo que sucedía, fueron expuestas a la falta de intimidad y privacidad. En su relato subvaloraron situaciones en las que fueron maltratadas y en algunos casos las justificaron. En general pasaron consciente o subconscientemente el poder de la toma de decisiones al personal médico, bajo el supuesto de que lo que hagan o indiquen será lo correcto, independientemente de lo que ellas estaban sintiendo. Se evidenció en algunos casos que fueron culpabilizadas por algún problema que pudo ocurrir durante el proceso. La mayoría no contó con herramientas para reaccionar ante las disposiciones médicas que se le impusieron, pero incluso aquellas que las tenían no contaron con el espacio o la posibilidad de intervenir y opinar o no se atrevieron. Tres de las 30 mujeres, describieron cómo demandaron atención porque consideraban que estaban pariendo y refirieron que no fueron atendidas o al menos no de inmediato. A todas, la información sobre la evolución del trabajo de parto les llegó de terceros, o solo si preguntaron sus dudas fueron respondidas.

¿te imaginas estar repitiendo a cada una lo que se le hace y por qué se le hace?! (O1).

Las explicaciones me las dan a mí y yo se las transmito a ella (Luis, compañero de Heidi, durante el trabajo de parto. Estudiante de Medicina, 3er año).

Aquí las doctoras se ponen fuertes, yo sé que ese es su papel... pero yo no me porté tan mal como para que

me digan a mí, que si yo estaba pesadísima... Yo se lo digo eso está en la mujer y eso tiene que ser poco a poco y uno tiene que tener un psicólogo al lado que te hable, no que te altere, porque un médico que te altere no te ayuda. Ella me sacó a mí de quicio... Yo lo cogí con calma porque como la que va a parir soy yo, porque yo soy incapaz de cerrar los pies para que mi hijo se ahogue allá dentro... yo le dije, no me grites, ella me dijo no porque tú no estás pujando, eso es poco a poco, eso no es así, de entrada eso es un dolor que uno no puede aguantar y me pueden decir haz esto y yo no lo puedo hacer porque los nervios son así, los nervios son los que te dominan en un momento así, y ella me trató un poco pesada... (Yaíma)

... parí en la cama del cubículo a las 4:30 pm. Le dije a la doctora que estaba con pujos, que estaba pariendo y ella me dijo que me había acabado de revisar y me faltaban dos horas, en el próximo pujo la niña salió, después me pasaron al salón de parto y me dieron como 10 puntos por dentro, fueron muy dolorosos (Dania en sala de puerperio) ... Anexo V

Del discurso de varias mujeres se interpreta que disculparon y comprendieron el trato “fuerte” de los profesionales. Los médicos expresaron diversos criterios sobre el comportamiento de ellas. En general plantearon que no se relaciona con características socioeconómicas y culturales, comentarios aislados hicieron referencia a la personalidad de las mujeres y su tolerancia al dolor.

En este servicio de 20 una se porta malísimo. Portarse mal es arrancarse el suero, querer salir, gritar, no dejar que las toquen, otras piden a gritos que les hagan cesárea. Depende mucho de la personalidad de la persona. La mayoría se porta bien. Cuando se ve que se va a descompensar se conversa con la paciente, se conversa con los familiares... (O1)

Para mí no tiene relación con nada, lo mismo se porta mal una adolescente que una multípara de 30 años, como esa que está ahí que ya ha pedido cesárea como tres veces, como si no supieran a lo que vienen, más a veces las adolescentes se portan mejor, se acuestan ahí, solitas, tranquilas y son más fáciles... (O6)

Por ejemplo es mucha la diferencia entre una que hizo y una que no hizo psicoprofilaxis y fíjate las diferencias en la psicoprofilaxis mediata e inmediata, depende de cómo tu recibas a la mujer incluso aquí, hay mujeres que nunca se han dado psicoprofilaxis y llegan aquí y llegan aterrorizadas por supuesto y es el dolor y se bloquean pero si tú las recibes tranquilamente, ellas te explican lo que les está pasando y tú les explicas como tienen que hacer las cosas y no les gritas, no las presionas, tú te das cuenta que ellas cooperan contigo, logras un trabajo de parto más fácil y te lo agradecen muchísimo, de contra que estás adolorido y usurpado que te griten es... esta es una especialidad que requiere también de un talante humano diferente. Hay que gritarle a la que se lo merece (O8) ... Anexo V

El acompañamiento

El acompañamiento durante el periodo hospitalario fue muy bien valorado por las mujeres, independientemente de sus características personales. De las 30 entrevistadas, 26 estuvieron acompañadas durante el parto, 10 en el parto, 20 durante el puerperio inmediato y todas en la sala de puerperio. La diferencia se basó en lo permitido en cada uno de los servicios. En parto predominaron las mujeres como acompañantes, la madre para la mayoría de ellas, tías o suegras en menor medida. La mayoría de las mujeres prefirió la compañía de la madre, aunque refirió que sus parejas mostraron interés y deseo. Pensaban que los hombres no estaban preparados para el momento. En esta investigación la preferencia por el compañero como acompañante en el parto y parto, se relacionó con el nivel de información de ambos o de él. La mayoría de ellas sí deseó su presencia durante las noches en la sala de puerperio pero a ninguno le fue permitido. En general las mujeres y sus familiares repitieron la razón que les dieron en el servicio ante la prohibición del acompañante cuando estaba normado.

Si a él [su compañero] lo hubieran dejado entrar ella hubiera parido hace muchísimo rato, aunque él se

ponga nervioso, porque yo no sé si él la hubiera ayudado a ella o ella a él..., ella me ha dicho que quiere que él entre, pero yo le he explicado que no lo dejan (suegra de Lisette durante el trabajo de parto).

A mi esposo no lo dejan pasar pero yo prefiero a mi mamá, yo creo que no lo aguanta, los hombres ... no sirven para estas cosas... yo quisiera que mi mamá pudiera estar aquí, pero no hay batas limpias, dicen que hasta después que para, pero yo me siento muy mal, ya no tengo fuerzas (Dania en trabajo de parto).

En el parto no, mi mamá estaba conmigo y le dijeron que esperara afuera. No la dejaron... (Leyanis)

Menos mal que Luis subió conmigo, porque mi mamá es más pendeja, ella se hace la fuerte pero como ella fue cesárea... (...) si ayer por la noche cuando yo dije que me empezó a doler, ella formó un nerviosismo y decía a mí también me duele... (Heidi).

Los acompañantes normalmente no ayudan. Es raro muy raro que un acompañante, a menos que sea del sistema de salud y de Ginecobstetricia, sepa qué es lo que tiene que hacer, que realmente lo que tiene que hacer es darle apoyo psicológico a la embarazada... (O1)

Yo creo que es útil, pero por lo general la familia se estresa mucho, se alteran al ver sufrir a la mujer (O7)

... desde el punto de vista biológico no influye mucho, al final ella tiene la contracción, lo puja y pare pero desde el punto de vista psicológico sí influye (O9).

Anexo V

6.2.3. Primer encuentro de la madre con su hijo/a

El primer encuentro con el hijo o la hija, resultó ser un momento de gran significación en el relato de la mayoría de las mujeres. En general ocurrió en ausencia del padre, lo que aunque estaba presente en el discurso no afectó la emoción del evento. Tuvo lugar para la mayoría en la sala de alojamiento conjunto, algún tiempo después del parto, que fue de algunos minutos y hasta de más de una hora, en dependencia del servicio. En varios casos fue referido por ellas, que esperaban cargar a sus bebés después del nacimiento o cuando pasaron a recuperación.

Todavía no la he podido revisar, me la pusieron enseguida en el pecho... (Yamilé en puerperio inmediato)
Cuando llegué aquí la revisamos todita, las manitas, los pies, toda toda... (Yamilé en sala de puerperio)

Cuando él salió completo que lo sentí, traté de subir un poquito más y lo vi de aquí para arriba, al momento se lo llevaron para limpiarlo y eso. Yo estaba calmada, ya yo cuando vi que mi niño estaba bien me relajé. Cuando estaba aquí [alojamiento conjunto] me lo trajeron. Cuando ellos salen le hacen un trabajo, le sacan un poquito de moco, líquido si tragó... a mi estaban cosiéndome y me tardé un poco porque me desgarré un poquito. A los minutos de estar aquí me lo trajeron a ponérmelo aquí, me explicaron que tenía que ponérmelo en la teta porque el calostro es lo mejor que hay y que hay que esperar hasta las 72 horas para la leche y voy aprendiendo poco a poco. Yo lo revisé completo, para estar seguro de que no le faltaba nada, no sé.. lo revisé después que le di la teta un ratico porque primero te lo ponen directo a la teta (Arellys).

Cuando te la dan, que uno la ve por primera vez, ese es el momento que uno espera y ahí en el parto no la vi, se la llevaron enseguida. Cuando yo parí la otra vez me la enseñaron y me la dieron al momento pero ahora no. Yo pensaba que iba a ser así. ...yo estaba esperando y esperando... y al rato de yo estar aquí [alojamiento conjunto] fue que me la trajeron (Leyanis).

...Anexo V

6.2.4. El puerperio hospitalario

Con esta categoría se describió cómo, en el contexto del hospital, donde tuvo lugar el parto, comenzó el ejercicio de la maternidad y se articularon las redes de apoyo a la mujer en un ambiente distante y diferente de su hogar, bajo normas y regulaciones de un modelo que mujeres y familias aceptaron como parte de una cultura médica de atención al EPP.

El ejercicio de la maternidad

Desde el primer día de nacido su bebé, las mujeres atendieron a sus demandas, aunque a la mayoría se les practicó una episiotomía que les provocó fuertes molestias. Con relación al cuidado del bebé todas refirieron “*saber lo que me espera*”.

... en la cama no puedo lactar, por la columna, me duele, me siento y ya enseguida me tengo que levantar y esa silla es muy incómoda. Los puntos me duelen mucho, prefiero estar de pie ¿cómo le voy a dar de lactar así? Haría falta un sillón. (...) La manipulación del bebé se va aprendiendo más menos, no es muy fácil, pero bueno (Daymé).

... eso hay que aprenderlo... ya he ido aprendiendo, el primer día fue muy difícil pero se va aprendiendo, poco a poco... (Vivian)

La lactancia en un principio fue un poco molesta para Amarilis porque parece que no tenía una técnica adecuada de cómo hacerlo (Yasser, esposo de Amarilis) ... Anexo V

Todas las mujeres refirieron su interés en lactar y la mayoría expresó su necesidad en función del bienestar del bebé, de modo que se considera que en este momento del proceso le otorgaron un significado fisiológico, nutricional. Refirieron además conocimientos de otros tipos de alimentación.

Si claro, lactancia materna, eso es muy bueno para él (Sheila)

Yo voy a lactar hasta el año, esa es la leche que más alimenta, me alimento yo y ellos cogen el pecho, esa leche viene pura. (...) Yo no le voy a dar otra cosa, si yo estoy tomando bastante líquido, él tiene que sacar leche de ahí, después cogen cosas y se enferman (...) eso no es tan fácil, duele. Ayer cuando chupaba halaba y yo sentía que me cogía hasta el último punto y el útero daba unas punzadas (Yaíma)

Yo le estoy dando la teta pero ella no se llena. Si en la casa no se llena eso habrá que verlo pero a mí me parece que va a tener que tomar otra cosa que la ayude a sostener el estómago... (Leyanis) ... Anexo V

Todas las trabajadoras expresaron que se acogerían al año de licencia de maternidad. Las que estudiaban, pensaban incorporarse antes del año, algunas en unas pocas semanas y explicaron que contaban con sus madres para ello. Algunas mujeres, en entrevistas en la sala de puerperio, enunciaron preocupaciones y dudas en la futura educación y cuidado, que por lo general no fueron expresadas inmediatamente después del parto (en alojamiento conjunto), lo que se interpreta debido al impacto emocional de tener a un bebé sano en sus brazos y haber terminado el evento del parto. El hecho de expresar preocupaciones se relacionó en esta investigación con características de la persona. Fue más frecuente en mujeres mayores de 30 años, profesionales, que demostraron algún grado de información sobre las necesidades de los bebés en cuanto alimentación en primer lugar y en alguna medida educación y aprendizaje.

Redes de apoyo

Las redes de apoyo de todas las mujeres estuvieron constituidas por el grupo familiar y para la mayoría con mucha mayor participación de sus madres, incluso las que manifestaron el deseo compartido de que se involucrase en mayor medida el nuevo padre. Durante el ingreso en la sala de puerperio no se permitió el acompañamiento por hombres, ellas justificaron la prohibición por preservar la intimidad de otras mujeres, argumento que se refuta por el propio hecho de que sus compañeros durante el día

permanecieron por ratos sin muchas restricciones en dos de los servicios, por las declaraciones sobre la presencia de personal no médico de estos espacios y poca privacidad, y porque ellas mismas en sus discursos no mostraron malestar por la presencia de familiares de sus compañeras de cuarto.

Mi mamá se va a quedar hoy y también viene mi suegra porque Reinier se quería quedar, pero tiene que preparar las cosas, cómo la gente dice que no se puede armar la cuna, yo le dije: tú ve para la casa y prepara las cosas, como yo parí hoy pasado me sueltan, mañana te quedas tú (Niurka)

Mi mamá se quedó las dos noches, a él no lo dejaron, está cansadísima... (Niurka, en sala de puerperio)

La primera noche se quedó mi prima y anoche mi suegra, mi esposo ha entrado y salido, por suerte no son muy estrictos en eso y la sala se pasa todo el día así [varias personas alrededor de cada cama] pero por la noche no se puede quedar, aquel letrero dice que hombres no (Lisette en sala de puerperio) ... Anexo V

El ambiente hospitalario

Las condiciones de los hospitales y en particular la falta de higiene fueron referidas por todas las entrevistas, como aspectos que atentaron contra el bienestar y la recuperación física y emocional de las mujeres. Fue además negativa la opinión sobre algún personal de salud.

... ellos tienen unas discusiones, conversan en alta voz... por suerte la madrugada fue tranquila pero desde las nueve más o menos ha sido así todo el tiempo... y privacidad ninguna... (Madre de Yamilé en parto)

El personal es un desastre, todo el que no sea médico es un desastre, no tiene forma... este hospital tiene muy buenos médicos. ... de mi último parto a este no tiene nada que ver... ni la atención, ni la alimentación, nada... es que también hay muchos enfermeros emergentes, muy jóvenes, no tienen educación, no tienen paciencia (Dunía).

Lo que no me convenció fue la higiene del lugar, así como el deterioro de algunas cosas elementales y necesarias, no creo que haya que ser un país del primer mundo para mantener un baño limpio, entre otras cosas (Yasser, esposo de Amarilys).

6.2.5. Concepción de la paternidad

Los hombres, según declaraciones de las mujeres, desarrollaron diversos roles durante el EPP. En general constituyeron un apoyo emocional. La mayoría consideró que la paternidad comenzó a desarrollarse con el embarazo. Excepto una que rompió el vínculo marital, las demás refirieron sentirse atendidas y protegidas por sus compañeros desde el comienzo de la gestación. Por lo general asistieron a las consultas prenatales en la medida de sus posibilidades laborales y la mayoría programó vacaciones para estar presente en el parto. Se observó cierta predisposición a priorizar las citas para ultrasonido ya que pueden en estos “ver a su bebé” lo que se asoció con la vía a través de la cual comenzaron a experimentar la paternidad. Muchos expresaron su deseo e interés de participar en el cuidado de su compañera durante la estancia hospitalaria. El discurso aportó indicios de la adopción por los hombres de nuevos roles durante la gestación ya que aumentó su aporte en las tareas domésticas, que se expresó mayormente como ayuda, salvo excepciones que refirieron corresponsabilidad.

Fue un cambio muy grande porque al final tenemos 21 años, tuvo que pasar un determinado tiempo para que yo me empezara a sentir papá y sobre todo creo que ese sentimiento va a nacer más fuerte cuando lo vea en mis brazos. El hecho de empezar a comprarle ropa, de pensar en él... (...) Iba a las consultas cuando podía, porque también tengo que hacer... Ha sido muy difícil no estar en todo momento con ella

pero sí cada vez que podía la acompañaba... (Luis, compañero de Heidi).

La acompañé a las consultas, no a todas, por el trabajo, cada vez que tenía un chance yo iba (Samuel, compañero de Vivian)

Padre, desde el momento que dio positivo el test de embarazo. Eso es imposible de describir exactamente porque son cosas que uno va sintiendo poco a poco.. (...) Yo fui a las consultas que pude. Prefería los ultrasonidos. (...) En el parto sí me hubiera gustado estar, aunque yo estaba asustado, pero bueno, después que entré ahí [preparto], me relajé, aparte, estar con ella, ayudarla, ver a la niña nacer... ¿pedir pasar? Cómo voy a pedirlo si no me dejaban entrar ahí [preparto] cuando pasé fue un momento, un favor... Me dijeron que para el salón entraba ella sola. (...) Yo en la casa siempre trabajo, hemos hecho cantidad de construcciones y remodelaciones. A veces también friego, no tengo prejuicio, yo lo mismo lavo, plancho, cocino (Yasser, esposo de Amarilys).

Algunos de los obstetras, reconocieron que el sistema de atención al EPP no estimula la participación del padre. Se emitieron criterios dispares entre lo que plantearon sobre la posibilidad de acceso de los hombres al parto y lo descrito por los/as entrevistados/as. Para los médicos es una posibilidad, para la mayoría de los flamantes padres nunca lo fue, salvo dos de ellos, en uno de los servicios estudiados.

... no, realmente los hombres no participan, en una inmensa mayoría, al menos activamente. El hombre siempre participa, le tocan otros roles, no sé, el de la alimentación o el de mantener las condiciones. Pero en esta parte de la atención, no suele participar. También es un problema social, no se estimula en las consultas o sí se estimula pero las consultas son en horario de trabajo y el hombre no tiene licencia de paternidad y tiene que trabajar, no puede estar pidiendo permiso porque en los centros de trabajo no está estipulado ni hay nada que diga que tú tienes permiso para ir con tu mujer a la consulta, eso no está estimulado por la sociedad realmente, porque hay muchos hombres que tú ves que tienen el deseo y tienen la intención, pero les falta el tiempo. (...) Yo creo y de hecho he conocido... muchos, no es la palabra pero sí unos cuantos interesados que han entrado al parto y todo, por interés personal, vaya que han luchado esa oportunidad de compartir el momento. Se les permite, cuando el parto es por vía vaginal, vamos a decir que se hacen concesiones y pasan... tienen que pedirselo a la jefa de la estancia y ella generalmente no tiene ningún tipo de... está permitido. Realmente hay falta de información, no hay ningún lugar donde tú leas yo tengo derecho a pasar con mi esposa al parto, el que se interesa tal vez... (...) Cuando entran se portan bien (O9).

Hay mujeres que no soportan tener a los esposos o parejas en el momento del trabajo de parto y el parto, porque es tan doloroso que realmente lo que quieres al lado tuyo es una mujer, las madres, amigas, hermanas que te de apoyo, que realmente tenga más identificación y esa es una mujer por la naturaleza femenina y rechazan un poco la participación masculina... eso es bastante común, en el trabajo del parto, ahora una vez que pasan al salón de parto inmediatamente como que cambian y sí prefieren que su pareja esté por el apoyo que pueden darle y por ver el nacimiento de su hijo, yo estoy de acuerdo con que participen. Cuando se daba psicoprofilaxis... a los hombres... se les daba como un aval para que pudieran entrar. La experiencia es que muchos caían como pollos ... (...) Aquí no suelen venir mucho, sí suelen acompañar y se quedan afuera, pero interactiva la participación no es, son muy pocos, depende del nivel profesional. Nosotros no estimulamos su participación... (O8).

6.3. Relación que se establece entre las mujeres y el servicio de salud

La mayoría de las mujeres consideró el número de consultas, suficiente o excesivo, no obstante muchas necesitaron ampliar sus conocimientos a través de publicaciones, conversaciones con otras mujeres de más experiencia u otros profesionales de la salud. En algunos casos declararon insatisfacciones o quejas, en mayor medida de la APS, aunque también con encuentros asistenciales en las salas de puerperio.

6.3.1. Relación médico-paciente

Del análisis de las declaraciones y como se evidencia en la mayoría de las citas anteriores la relación

médico-paciente es desigual, jerárquica, se establece de diversas maneras y se inscribe dentro de las características del MMH. De lo expresado por las entrevistadas se interpretan desde relaciones muy próximas, hasta frías y distantes.

Durante el ingreso hospitalario, las visitas médicas a la madre y al recién nacido, constituyeron una rutina que ellas describieron y clasificaron de diversas maneras, desde muy buenas hasta aceptables o incluso lejos de lo que esperaban. Estas fueron por lo general despersonalizadas y al igual que en las relaciones médico-pacientes en APS, las explicaciones constituyeron aclaraciones de dudas. En el relato se manifiesta cierta invisibilidad de la mujer.

Las visitas, bien... ellos se ponen a dar la conferencia y uno va oyendo ¿entiendes? porque pasan visitas con los estudiantes y entonces les empiezan a explicar las cosas como son y eso. (...) Yo no he hecho preguntas, pero pienso que sí, que responderían (Daymé)

Sí, bien, aunque en realidad han venido más por ella [la niña] que por mí, yo hubiera querido que se ocuparan un poquito más de mí (Aleiny).

El niño tuvo un problemita en el hombro al nacer [distocia de hombros] ahora fue que me lo dijeron, por eso sigue en cuidados especiales, dicen que ayer no me lo dijeron porque como uno está tan sensible acabado de parir, prefieren esperar para informarlo...yo creo que hubiera preferido saber... (Sandra)

Al respecto uno de los obstetras entrevistados comentó:

... la atención, de la salud aquí, recuerda que el paciente viene de la parte pasiva y la embarazada no escapa de eso, es parte también de esa relación médico-paciente, puede que haya una que se salga pero la generalidad es esa. Ella simplemente hace lo que se le dice. Ahora pensando en alta voz y filosofando al respecto no debe ser lo correcto, pero es lo que se hace (O9).

7. En el escenario hospitalario.

Durante la observación realizada se encontraban en los servicios de partos: mujeres con comienzo de trabajo de parto espontáneo, mujeres con inducciones del parto por patología de líquido amniótico o por afecciones crónicas y otras causas aisladas, en menor medida inducciones consensuadas entre el médico y la mujer (“casos personales”) e interrupciones de la gestación por malformación y muerte fetal (tres). Los hospitales tenían problemas estructurales y de higiene.

7.1. El ambiente hospitalario. Los servicios observados

7.1.1. Descripción general de las áreas de interés en el hospital I

En este hospital el servicio de partos consta de: una sala, cinco cubículos pequeños con una cama, una silla y un estante cada uno, un baño para pacientes, un cuarto de reconocimiento, dos salones de partos, una sala de recuperación con cuatro camas y dos cunas. La iluminación es escasa, sombría. Por lo general se escucharon las conversaciones procedentes de la sala (en elevado tono en varias oportunidades), el teléfono, el televisor y el ruido procedente de la monitorización fetal, gemidos de mujeres y a veces gritos. El personal médico que permanecía en el área generalmente incluyó: obstetras del servicio, de guardia, residentes de ginecología, enfermeras/os, auxiliares de enfermería, asistentes a pacientes, auxiliar de limpieza. Los/as residentes se movieron constantemente entre uno y otro cubículo y la sala de recuperación, cada 30 minutos aproximadamente informaron a los especialistas y se sentaron con ellos a actualizar y revisar las historias clínicas. Los especialistas permanecieron en la sala y desde allí solicitaron a los/as residentes la información necesaria de cada una de las gestantes. El número de mujeres en trabajo de parto varió en las visitas realizadas, desde ninguna hasta siete.

Las dos salas de puerperio visitadas son grandes salones con varias camas cada uno, de las cuales la mayoría estaba ocupada. Contaban además con cunas para los bebés (palanganas propias de los usuarios), sillones y algunas sillas. El lugar estaba ventilado y claro por la presencia de muchas ventanas. Además de las mujeres había varias personas alrededor de las camas, algunos de pie, no hubo niños entre los visitantes. Durante el pase de visita médico se les indicó a las acompañantes que abandonaran la sala, no obstante las madres de púerperas por lo general permanecieron con ellas. Las fotografías estaban prohibidas, no existía disposición pública al respecto pero determinado personal de enfermería y médico fue intransigente al respecto. Las mujeres y sus familias guardaron las cámaras o los celulares cuando se les hizo saber que no estaban permitidos.

7.1.2. Descripción general de las áreas de interés en el hospital II

El servicio de partos incluye un salón de parto amplio con ocho camas, separadas entre sí, pero con visibilidad entre ellas, un baño para gestantes, una mesa central para especialistas, residentes e internos. Cuatro salones de partos, un cuarto para el descanso de la guardia médica, el cuarto de reconocimiento,

la habitación de alojamiento conjunto (puerperio inmediato) con seis camas, dos cunas y el local de enfermería. La iluminación no era buena (luces frías). El personal médico incluyó además de los obstetras y residentes del servicio, cuatro estudiantes de 6to año de medicina. El número de mujeres en trabajo de parto varió entre ninguna y 13. Cuando el número de parturientas excedió a ocho, colocaron sillones y ubicaron gestantes en el cuarto de los médicos. La sala de puerperio visitada está dividida por habitaciones de dos o tres camas. La iluminación y la ventilación durante el día eran buenas. Para las acompañantes había sillas. En varios momentos se observó la presencia de otros visitantes. Durante el pase de visita médico las mujeres permanecieron solas, a excepción de una con acompañante médica.

7.1.3. Descripción general de las áreas de interés en el hospital III

El servicio de partos en este hospital consta de varias habitaciones para el trabajo de parto, las mujeres observadas permanecieron en salas de dos camas con baño individual o en un salón amplio con varios sillones. Todas las habitaciones tenían amplias ventanas, por lo que había claridad y buena ventilación. La sala de alojamiento conjunto tenía seis camas, un baño y dos cunas. Entre el personal presente se observaron, especialistas en ginecobstetricia, residentes, estudiantes de medicina y una o dos enfermeras. El número de mujeres en trabajo de parto varió entre cero y tres, con mucha mayor frecuencia en este servicio se observó el arribo de mujeres de sus casas con un trabajo de parto avanzado (5 cm o más de dilatación). La sala de puerperio tenía características similares a las del hospital II.

7.2. La vivencia del parto. Relación entre las mujeres y el servicio de salud

Se analizó a partir de categorías que describen el proceso en cuanto a: la duración del parto, la atención recibida, la recuperación, la participación de los futuros padres y familiares, las acciones desarrolladas por las madres en el momento que les entregaron a sus bebés y el vínculo con el servicio médico.

7.2.1. La mujer/paciente durante preparto

Las mujeres arribaron a los servicios de partos, según los obstetras “*en franco trabajo de parto*” si tenían más de 4 ó 5 cm de dilatación. En dos de los servicios, con excepción de un día en uno de ellos, les cambiaron sus batas por las del hospital. Todas tuvieron que despojarse de sus prendas (aretes, reloj). Posteriormente a todas se les colocó un trocar y a la mayoría las acostaron para la monitorización fetal electrónica. A la mayoría se le realizó la rotura artificial de membranas con la finalidad de acortar el trabajo de parto y observar el líquido amniótico como indicador de bienestar fetal. En este contexto las mujeres fueron pacientes, denominadas en función del cubículo o la cama asignada, una primípara o múltipara con X centímetros de dilatación, con Y semanas de gestación. Fueron tratadas como mamita, mijita, mijita, mi chiquitica, negrita, mi mulatica y en pocas ocasiones señora. Las mujeres y acompañantes asumieron las normas indicadas y por lo general no expresaron su inconformidad ante situaciones que desaprobaron, sus intervenciones se limitaron a hacer lo que se les indicó.

Obstetra presentando a las mujeres en trabajo de parto: El ocho es un espontáneo con líquido claro y seis de dilatación...El siete es un espontáneo con siete de dilatación que vamos a reconocer dentro de 15 minutos. El seis es una inducción por RPM, que acaba de empezar hace apenas una hora...

*- ¿A quién le toca monitorear? - Pónselo al 8, a ver si tiene buena dinámica, sino para conducirla
Solo dos eutócicos, el resto son inducciones*

El contacto entre obstetras (residentes o especialistas) y mujeres o familiares fue escaso, por lo general se limitó a recoger los datos necesarios para la historia clínica y dar instrucciones, no se observó que se presentaran o identificaran, solo algunos saludaron, ni que dieran explicaciones relacionadas con el proceso, a menos que ellas las pidieran y fueron escasos los tratos más próximos, con la excepción de una mujer que fue atendida por una amiga. La información referida al curso del proceso se entendió que los profesionales la obtuvieron del monitor, de la observación de las contracciones, de las revisiones y de los tactos realizados y no a partir de la referencia de las mujeres. Para las revisiones o cualquier intervención les indicaron que se acostaran sin consultarles sobre el momento o la presencia de estudiantes u otro personal. Con mucha frecuencia dos o más profesionales conversaron en lenguaje técnico delante de ellas, sin darle participación, sobre sí mismas o sobre otras mujeres en trabajo de parto, de lo que también hicieron parte a las antropólogas.

Acuéstate para revisarte

La paciente que se acueste para ponerle el monitor

Dale a pujar un poco a la cuña para parir ya

Ahora con ustedes estamos recibiendo más información [Samuel, compañero de Vivian, debido a que en dos oportunidades que la reconocieron nos explicaron la evolución del trabajo de parto]

Señora, le voy a explicar una vez cómo se puja...

- Dunia: Denme a oler alcohol, que tengo fatiga, por favor. - Obstetra: no puedes oler alcohol porque te quita las contracciones. Párate. Esta obstetra se aleja y ella unos segundos después comienza a incorporarse para ponerse de pie, ahora otra residente se le acerca y le dice: no te pares que tú tienes que estar al parir, y se queda a su lado con la mano en la barriga valorando las contracciones.

Por lo general durante el trabajo de parto las mujeres permanecieron con las batas abiertas, descubiertas ante la presencia de personal médico y no médico (personal de limpieza, otras/os acompañantes, dos antropólogas), en ocasiones se taparon ellas mismas con la sábana que cubría el colchón, la mayoría se despreocupó de esto cuando avanzó el trabajo de parto, no contaban con sábanas para taparse, las/los acompañantes en alguna medida se ocuparon de cubrirlas. La médica, que atendía como amiga a una de las observadas, la cubrió siempre que terminó los reconocimientos.

- Heidi: Luis, tápame [Luis busca algo para taparla y lo hace con una bata sanitaria de él]. - Obstetra: No, no, eso es así, es normal, aquí todo el mundo es médico

7.2.2. El parto

La exploración y observación médica fue constante ante la inminencia del parto y por lo general por varios profesionales, obstetras, residentes, estudiantes, enfermeros (y dos antropólogas) que rodearon a las mujeres. “No puedo más” fue la expresión más frecuentes por parte de ellas, que solo recibió respuesta de algunas/os acompañantes (cuando estaban presentes).

Cuando la cabeza de los bebés asomó por el introito vaginal en la cama donde realizaron el trabajo de parto y cuando los médicos consideraron que era el momento gritaron “parto”, las mujeres caminaron hasta el salón, algunas con más habilidad que otras y con necesidad de apoyo, en algunas oportunidades descalzas. La presencia exclusiva de la mesa ginecológica en los salones de partos determinó que todos se realizaran en posición supina. En los tres servicios las ayudaron a colocarse en posición ginecológica, con las piernas flexionadas y los pies sobre estribos. Mientras se crearon las condiciones para el parto (se colocó guantes el obstetra y sobre bata, paños y papeles sobre la mesa, se encendieron más luces y se acondicionó el set de neonatología para recibir al bebé) las mujeres permanecieron acostadas y en silencio, con expresiones de temor y ansiedad, por ratos cerraron los ojos o fijaron la mirada en el techo. Luego tuvo lugar la higiene del periné y varias de ellas recibieron anestesia para la episiotomía. Por lo general el parto lo asistió un residente y un especialista observó, quien además palpó y presionó el útero. En uno de los partos observados hubo cambio de roles cuando se percataron de la presencia de dos circulares. Los médicos tomaron decisiones y colegiaron procedimientos entre ellos sin hacer partícipe a las mujeres o sus acompañantes, salvo en el caso de una acompañante médica, que recibió explicaciones del seguimiento. En todos los partos observados, en más de una oportunidad (hasta tres veces) les preguntaron el nombre a las mujeres, en varias ocasiones durante una contracción, para buscar la historia clínica, hacer la ficha del bebé u otra razón. Por lo general se dirigieron a ellas para informarles la anestesia del periné.

Esto que vas a sentir es un pinchacito, oíste, pero es la anestesia.

Levanta las nalguitas, vamos chiquitica, levanta nalgas, deja caer las nalguitas. Ponte suavcita, esto es una sondita que te voy a pasar ¿OK?

¡Puesta la oxitocina!

Durante el parto a Kenia le inyectan en el muslo, pregunta: ¿Qué es eso que me están poniendo?
Enfermera: ¡¡Veneno!! ¡¡Veneno!!! A lo que ella no responde

Enfermera en el parto de Amarilys: ¡Cómo sangra ella! Está sangrando demasiado ¿eh? ¿ya le pusiste ergonobina?

Parto de Aleiny: pa' l cubo [la placenta], pa' l cubo, tiene meconio

Parto de Lisette: Un médico del servicio se para en la puerta mientras suturan la episiotomía: - ¿Pero ahora fue que parió? - Niño se demoró, dos circulares apretadas al cuello (A Lisette no se le informó)

Parto de Ivis: Obstetra: Mira como viene, no lo estimules, no lo estimules [Recién nacida con meconio en la cara]. Después de unos minutos Ivis pregunta: ¿ya salió?- Obstetra: sí, pero no la estimularon a que llorara porque tenía caquita en la cara para que no la absorbiera, se la llevaron rápido. (...) El obstetra explica [a las antropólogas]: ella no desgarró para fuera pero sí desgarró para dentro...

Si las mujeres se quejaron, hablaron o emitieron sonidos durante el parto fueron recriminadas, en algunas oportunidades muy severamente y la mayoría de las veces en alta voz. Se les pidió que pujaran, lo que les fue difícil en la posición en que se encontraban. Las/os acompañantes les sujetaron la cabeza y las que estaban solas, solo en pocos casos contaron con apoyo para esto. Las manos se las colocaron agarrando los estribos de la mesa, la mayoría buscó dar la mano a alguien presente pero solo en pocas oportunidades lo consiguió, por lo general le colocaban las manos en la mesa o les daban una respuesta

evasiva ante el contacto. Esto último se les permitió a mujeres en cuyos partos estaba presente un obstetra conocido, donde había cierta relación de proximidad, trato diferencial que se manifestó también en llamarlas por su nombre en mayor medida y en que la valoración del portarse bien o mal tuvo otra connotación.

Niurka: que ardor mami, que ardor.

Obstetra: ¡No hables mamá, respira!

Niurka: Coño como me duele

Obstetra: ¡No hables, respira que el bebé necesita Oxígeno!

Enfermera: ¡Aguántate de la camilla! no de la Dra. [Se dirige a la antropóloga] Dra. no le agarre la mano, que ella se ponga ahí y se relaje. Enderézate (...) ¡mira, abre las piernas! si tu cierras entonces como ella va a suturar mijita (...) Abre las piernas. [Una antropóloga la ayuda] No, deja que ella las abra espontáneamente, si no las abre, se le quedará así, entornado. Tiene que relajarse. Ella tiene que relajarse y abrir bien las piernas para que la Dra. pueda trabajar.

Ay, Sara [obstetra conocida] ¡déjame ya, déjame ya! (...) Me duele, me duele mucho (...) ¿Te falta mucho?! ¡Déjame!!

Obstetra: Falta un poco, te estás portando muy bien, ya lo que te falta es poco

Ante la demora en el periodo expulsivo fueron culpabilizadas del retraso, del sufrimiento y de posibles consecuencias para el/la niño/a. A varias se les realizó presión en el fondo del útero o la maniobra de Kristeller, que dos de ellas agradecieron. La mayoría no se percató del corte de la episiotomía y el alumbramiento asistido. Por lo general el personal de salud las trató de manera infantilizada.

Todo depende de ti

Mamá, donde está no puede seguir. Sigue pujando, te toca a ti, no es a mí. Dale pújalo [en tono fuerte, impositivo, le da palmadas mientras le habla]

A todos los bebés los alejaron de las madres inmediatamente después de cortar el cordón umbilical y solo a dos se los mostraron antes de llevárselos. Los profesionales presentes se refirieron al sexo de la criatura, observaron la hora a la que tuvo lugar el nacimiento y a la presencia o no de meconio, fundamentalmente. Dos de las mujeres preguntaron si su bebé estaba bien, otras se relajaron después del esfuerzo y lo buscaron con la mirada cuando escucharon su llanto. En dos de los servicios estudiados los procedimientos de neonatología tuvieron lugar en el mismo salón de parto, por lo que las madres y sus acompañantes observaron a sus bebés la mayor parte del tiempo, aunque en ocasiones cerraron los ojos durante la episiotomía, en el otro servicio estuvieron pendientes de su llanto y preguntaban si era el suyo o la suya quien lloraba. Mientras terminaron las intervenciones médicas en las mujeres los bebés permanecieron en incubadoras, en el mismo salón de partos, en otra sala o en la habitación de alojamiento conjunto, según el servicio. En varias oportunidades se observó que algún personal de salud se interpuso entre la mujer y el set de reconocimiento del bebé, con lo que las madres perdían visibilidad, cambiaban la mirada o esperaban a tener acceso visual. Solo dos mujeres trataron de recuperar la visibilidad, una de ellas cuando una obstetra se le interpuso, la tocó y le pidió por señas que se corriera, la médica muy cariñosamente, le respondió: “*está perfecto, ya tendrás tiempo para verlo*” y se mantuvo en el sitio.

Después del examen de neonatología la práctica con los bebés dependió del neonatólogo o enfermera de turno, se observó que: no se los mostraron a las madres, se los mostraron muy rápidamente y completamente cubiertos, se los aproximaron y descubrieron y ellas pudieron besarlos o tocarlos con su cara, y por algunos segundos se los colocaron encima. Las madres cuando los/as vieron manifestaron alegría, emoción a través de lágrimas o se refirieron a alguna característica somatoscópica de su bebé.

– yo quiero ver al niño, ¿dónde está? (se lo colocan encima unos segundos, ella lo besa) - que lindo (se lo quitan) - a dónde lo llevan – aquí a la incubadora - ¿Qué tiempo va a estar en la incubadora? yo me lo llevo conmigo ¿verdad? (Heidi)

Qué bonita, mira esa cara (Dunia)

Ay, qué cara ¿está linda? (Danay)

Los comentarios del personal sobre el bebé, estuvieron presentes en muchos partos, algunos de ellos se consideraron negativos, por el tono de voz utilizado o por referirse a aspectos desfavorables de la conducta o el aspecto del bebé. Generalmente las mujeres estuvieron presentes, aún en la mesa de partos, por lo que constituye una evidencia hacia la invisibilidad de estas en tal situación, su objetivación.

Hay que pálido está este niño (enfermera)

Ay, este niño ha salido con un impulso, a ver si se me cae... mira eso, ya me ensució la bata... (Obstetra)

Ese niño que malcriado, niño cállate un poco (enfermera neonatología)

La revisión del útero y la sutura de la episiotomía fueron intervenciones muy traumáticas para la mayoría de las observadas, que se quejaron de fuertes dolores y de que la anestesia era insuficiente. En uno de los servicios estudiados las quejas por la episiotomía fueron menores, se observó que algunas de ellas fueron anestesiadas en más de una oportunidad, fue en este mismo lugar donde se observaron cuatro partos en los que no se realizó episiotomía ni hubo que suturar desgarros y entre estas a dos mujeres que parían por primera vez, con 20 y 21 años de edad. Varias expresaron después del alumbramiento su temor a los puntos, se evidenció que no sabían de la episiotomía realizada.

Daymé pregunta a la acompañante: ¿Me picaron? ¿Me tienen que dar puntos?

Vivian: ¿Ya me están cosiendo? ¿Me van a coser?

Irina: - ¿Me tienes que dar muchos puntos? – Obstetra: Sí

Parto de Heidi: - Ahora tenemos que coserte - Ay, dios mío. - Pero ya tienes anestesia. - Pero tengo miedo.

¿Cuántos puntos, son muchos? - Sí, afuera unos cuantos

Ante las quejas por la sutura de la herida dos obstetras mujeres y un enfermero hombre negaron el dolor y expresaron que solo les molestaba, otros/as no contestaron, incluso en casos en los que no pusieron anestesia. Dos obstetras mujeres aceptaron y reconocieron el dolor, no obstante no anestesiaron a las mujeres y pidieron de ellas paciencia y tranquilidad, por lo que se evidencia que el dolor cuando es producido por intervenciones médicas es negado y las percepciones de las mujeres devaluadas. Por lo general en esta etapa del parto solo quedaron el residente u obstetra que realizó la episiotomía y una enfermera u otro obstetra. Las suturas duraron desde 15 hasta 50 minutos en algunas de ellas, paralelo a esto les dieron masajes en el útero con fuerza de los que se quejó la mayoría. Al final algunos médicos

felicitaron a las mujeres, a lo que ellas respondieron con agradecimiento. Varias agradecieron la asistencia brindada cuando el obstetra se marchaba. Los médicos siempre dejaron instrucciones a las/os enfermeras/os sobre la medicación a seguir, que en varios casos no pasó a la historia clínica. En la mayoría de los partos las antropólogas recibieron explicaciones sobre las características de estos.

Parto de Kenia: - Kenia: Me duele - Dra. : ¿Qué, qué te duele? - Enfermero: A las otras dos muchachas no les pusieron anestesia y no gritaron - Kenia: Dr. me duele. - Enfermero: mi amor, si no te portas bien te va a quedar feo eso ahí y después tu esposo no te va a querer, así que estate tranquilita. Eso a ti no te duele porque tienes anestesia, ahí tú no te estás sintiendo nada - Kenia: No, que va - Enfermero: No, no sientes - Kenia: no me diga, todo me lo he sentido

Durante la sutura de la cicatriz a Aymara, se quejó, emitió sonidos y levantó la cabeza tratando de observar. La residente que suturaba, explicó: a ella no le duele, a ella le molesta, porque si le doliera los gritos fueran, no estaría así, eso no es dolor. Yo he suturado episios sin anestesia, hubo una que me mordió allá afuera y no le puse anestesia, para que supiera, por morderme...

Parto de Vivian: - Obstetra: Te vamos a poner anestesia de nuevo, tranquila, tranquila mamá. [Le abre las piernas con fuerza y le dicen en tono impositivo]: Así, para que ayudes [había sufrido un desgarro]. Pasado un rato y ante quejas de ella: ¿Te duele? Te molesta

Después de terminadas las intervenciones médicas, las mujeres permanecieron solas (con las antropólogas) en las mesas de parto hasta que las trasladaron a alojamiento conjunto, a algunas les informaron que esperaran y otras se quedaron desorientadas y buscaron en las antropólogas presentes la orientación. Durante la espera permanecieron calladas o preguntaron sobre la herida, el número de puntos, hicieron comentarios sobre su bebé o el tiempo de ingreso. Estaban alertas y espabiladas a pesar del dolor, empezaban a sentir mucha sed y hambre. En uno de los servicios se les entregó una bata limpia y se les indicó que se cambiaran, ellas estaban acostadas, sin apósitos, temblaban y tenían puesto suero, en varios casos ya se le había indicado al acompañante que saliera, las puertas estaban abiertas y recibieron poca o ninguna ayuda del personal que las esperaba para trasladarla.

Heidi: ¿Ahora a uno le baja la hemoglobina? ¿Perdí mucha sangre? ¿Cuántos puntos me dieron? Yo le pregunté y me dijo que unos cuantos... ¿El bebé salió rápido?

Lisette: ¿Me limpiaron bien? ¿Cómo fue lo de los puntos?

Al final del parto de Ivis: El médico se separa, se quita los guantes y la enfermera le pregunta: ¿ya? - Obstetra: Sí. - Enfermera: ¿No vas a lavarla? - Obstetra: Échale, échale agüita ahí. Préstame la historia... La enfermera la lava y le habla: qué rápido pariste nena. - Ivis: ay, a mí me parecía que no... Me puedo echar para arribar. - Enfermera: sí, échate para arriba (le ayuda a acomodarle los pies). La enfermera se retira del salón, ella nos mira [a las antropólogas] y pregunta: ¿Me puedo bajar?

La biografía personal

La actitud de varias mujeres ante intervenciones médicas o decisiones durante el parto, estuvo determinada por experiencias previas, personales o familiares. Por ejemplo a Dunia le dijeron: “te vamos a poner un suerito”. Ella empezó a llorar y se negó, ante lo que le dijeron “mamita, estás con nosotros aquí, no te va a pasar nada, lo necesitas obligatoriamente para evitar la atonía uterina”. Cuando pasó el momento de máxima angustia, las investigadoras nos acercamos y averiguamos que su temor se debía a que “yo hice un shock hipovolémico con la niña de 14 años con el suero”, ante esta misma interrogante

uno de los obstetras que le insistió, respondió: *“ella tiene miedo porque hizo una atonía en el primer hijo (en realidad es una hija, lo que fue de dominio público en varias oportunidades, ya que era el parto de su quinta niña)”*. En este relato se pone de manifiesto una fractura entre los mundos valorativos de la mujer y el obstetra, la explicación que le dieron no se basó en su experiencia previa, trató de anular su preocupación, por el “estás con nosotros” lo que se interpreta en que debe tener confianza absoluta, entregarse a sus decisiones que en virtud del territorio en el que se encuentra (médico) serán técnicas y ella no comprende. Lo sucedido en general se contradice con lo dicho después del parto por la obstetra que la asistió: *“qué maravilla de parto, lo podías haber hecho en tu casa”*.

El otro ejemplo revelador al respecto es una mujer (Yamilé) que llevaba muchas horas en trabajo de parto, cuando le informaron que le harían una cesárea, tanto ella como su madre empezaron a llorar, debido a la experiencia previa de una prima que murió por una cesárea. Aquí la obstetra era amiga de la familia, se observó que conversaron al respecto y ante la angustia ella explicó lo desfavorable de la demora para la bebé y el agotamiento en el que se encontraba. Esta vivencia transcurrió en una relación médico-paciente con características diferentes a la mayoría de las observadas, en la que el motivo de la angustia fue escuchado y valorado. Finalmente ella tuvo a su bebé por vía vaginal, lo que significó un motivo de gran alegría para ella, la familia y la obstetra.

El acompañamiento

Durante el trabajo de parto, la relación entre las mujeres y sus acompañantes fue por lo general muy próxima, entre las/os acompañantes fueron frecuentes expresiones de angustia ante el sufrimiento de las gestantes y de emoción ante la proximidad del nacimiento, con la excepción de una médica que acompañaba a su prima y se concentró la mayor parte del tiempo en conversar con los obstetras. En general se observó que las/los acompañantes ejercieron diversos roles, el más evidente de todos fue el apoyo afectivo. Las besaron, abrazaron, les dieron masaje en la región del sacro y la espalda y sostuvieron sus manos, sus piernas o la cabeza según les indicaron o asumieron que las ayudaban. En varias ocasiones limpiaron secreciones que cayeron al piso (líquido, sangre). Las mujeres acompañantes (madres, tías o suegras) por lo general les hablaron con claridad, sobre “lo que debían hacer” y “lo que es parir”, los compañeros, se concentraron más en el apoyo afectivo y en cumplir con lo que ellas les pedían. Todos/as estuvieron al tanto de las intervenciones médicas que correspondían según las horas (monitorización y reconocimiento cada tres horas, revisión en su cama cada media hora). Solo en uno de los servicios se les permitió acompañar a las mujeres a reconocimiento. Ante las quejas de las mujeres por los procedimientos médicos (gritos más fuertes y gemidos durante el reconocimiento o la monitorización) varias madres recriminaron a sus hijas. En ocasiones conversaron casi en susurros las mujeres y sus acompañantes. Se escucharon diálogos entre ellas sobre la poca privacidad y el malestar por el ambiente, debido fundamentalmente a conversaciones en alta voz y otras mujeres que se quejaban.

Siempre las/os acompañantes trataron de transmitir tranquilidad.

- *Mami me duele mucho, yo no puedo más. – Esto es así, los dolores de parto son así, pero no puedes llorar, si te alteras o gritas el niño se sube, no baja (Aymara y su madre)*

No, no, ahora no te puedes poner majadera, ahora es a pujar que lo tienes que parir, dale arriba (suegra de Lisette)

Por qué no caminas un poquito, eso te va ayudar. [Lena asiente y camina recostada de la madre]

- *Yo quiero parir ya, o que me hagan cesárea pero yo no puedo más. – Residente : no digas eso porque no pares más nunca (Daymé)*

- *Mami yo me voy a morir. - no, que es eso mi vida, no digas eso [Muerde a la madre en una mano, luego la besa, la madre no le dice nada, solo la abraza más fuerte] (Niurka)*

En el servicio donde se permitió el acompañamiento durante el parto propiamente la mayoría de las acompañantes se quedó en la puerta, con excepción de la médica y de los hombres, uno había hecho el curso de psicoprofilaxis y el otro se presentó como médico (estudiante en realidad, quien expresó que se sentía con oportunidades extras). Las acompañantes que permanecieron en la puerta les hablaron a las mujeres desde allí y pasaron luego de unos segundos por impulso propio o después que las antropólogas les dijeron que podían pasar y colocarse a su lado. Esto es otro ejemplo de la poca comunicación entre el personal de salud y los usuarios/as, que además se relaciona con que al estar en territorio médico no se sienten con libertad para hacer, hasta tanto reciban el permiso o la orientación, lo que constituye un indicio de la representación del lugar que ocupan y la subordinación de la que son parte. Las/os acompañantes se mantuvieron muy próximas/os a las mujeres, que abrazaron, besaron y les hablaron al oído, en claras expresiones de afecto, apoyo y en varias oportunidades se sumaron a las órdenes para que pujaran. Con la salida del bebé les describieron lo que observaban, en algunos casos les sostuvieron la cabeza para que pudieran verlo/a o las animaron a mirarlo/la.

Varias de las mujeres y sus acompañantes mostraron interés en fotografiar o filmar el parto y al bebé, lo pudieron o no llevar a cabo en dependencia de lo permitido en el servicio y del personal presente, que se ocupó de hacer cumplir la restricción existente o no. En dos de los servicios se les negó, en el otro no se observó que lo solicitaran. En dos servicios durante el alojamiento conjunto las propias mujeres y los acompañantes hicieron fotos y en el servicio restante, dependió de determinadas enfermeras, por lo que se observaron mujeres a quienes se les prohibió y lo acataron y otras que lo realizaron libremente.

7.2.3. Alojamiento conjunto. El primer encuentro de la madre con su hijo/a

En esta sala según el servicio, llevaron a los bebés y los colocaron en incubadoras antes que a sus madres o los trajeron de 20 a 30 minutos después que a ellas. En uno de los servicios, los bebés permanecieron en las cunas y recibieron calor por 30 minutos o una hora antes de entregarlos a sus madres. Las acompañantes (permitidas en dos de los servicios estudiados) atendieron las demandas de las recién paridas (alimentación, higiene) y les describieron a sus bebés mientras no se los entregaron. Siempre las mujeres junto con su niño o niña recibieron la orden de empezar a lactar, la mayoría de ellas no lo

esperaba y se observó que su tendencia fue a mirarlo más detalladamente, lo que no se les permitió. Las explicaciones sobre la lactancia fueron desde ninguna, hasta muy buenas y esclarecedoras en dependencia de la enfermera. Las reacciones de las mujeres fueron varias, desde muy atentas y dispuestas a lactar hasta aquellas que evadieron el cargar y comenzar a lactar, aunque todas lo realizaron tanto por la presión de las enfermeras y pediatras como de sus acompañantes. No mostraron una actitud positiva y enérgica ante la lactancia aquellas mujeres que estaban adoloridas, que tuvieron una intervención larga producto de la cirugía del periné o no recibieron anestesia. Mientras mejor salieron del parto con mayores muestras de alegría asumieron el ejercicio de la maternidad.

Heidi, Comenzó a lactar como le indicaron, pero cuando el niño deja de chupar le habla con su tono de voz normal: - Muchacho quédate así un rato. Suelta que tú tienes una fuerza y me vas a arrancar eso. (...) No te chupes el dedo que dice tú papá que tú te lo chupas. Nos mira [a las antropólogas]: Se chupa el dedo (...) espérate, chillón (ante un grito del niño). En la medida que descubre detalles del bebé los dice en alta voz: ¡Qué pie más grande! ¿Por qué tiene los pies azules? ¿Qué es eso? (...) Hay pobrecito, por favor alcánzame las medias y pónselas, que tiene frío. - Luis: No quiere leche. - Heidi: si quiere pero es bruto - Enfermera: Ponte de lado para que le des la teta. - Irina: ¿y yo tendré leche? (no recibe respuesta, le coloca al bebé y se retira... ella trata de acomodarlo y no lo logra) - Mijo que vago tu eres

Nancy: Cuando le trajeron la niña estaba acostada de espaldas, la enfermera la tocó, ella se viró con mucha dificultad, expresaba malestar, cuando vio a la niña sonrió, mostró alegría. La enfermera se la dio, le descubrió la bata y apretó el pezón, no salió nada y colocó a la niña, que comenzó a chupar rápidamente. - Nancy: ella está incómoda. - Enfermera: claro, porque tú no estás cómoda, relájate, ponte bien de lado, baja la cabeza. (Ella solo pudo bajar la cabeza, no recibió ayuda, tenía la niña en un brazo y el suero en el otro. Su acompañante (una prima) se mantuvo al margen)

Dunia: Desde que se le acercó la enfermera con la bebita, comenzó a hablarle cariñosamente, la cargó: - Ay, dios mío, qué cosa tan bella. - Enfermera: Ay, Dios mío no, sácate la teta. - Dunia: la teta, ¿tú crees? Yo tomé ranitidina con la barriga ¿eso no importa? - Enfermera: no la puedes vestir porque todavía el pediatra no la ha visto. - Dunia: Hay bebé que linda tu estas, mírate. - Enfermera: Dale ponla en la tetica (...) - Dunia: No quiere cogerme la teta. Elizabeth coge la teta. (La bebé llora) Ay va a ser gritona. (...) No quiere teta. Mi chiquitica preciosa. (Continuó tratando de que mamara)

En uno de los servicios estudiados los bebés fueron trasladados en cunas fuera del servicio de partos para que las familias los conociesen, en varias oportunidades más de una vez, si fue solicitado. En este tiempo los nuevos padres los fotografiaron y observaron sin tocarlos, algunos de ellos con expresiones de fuerte emoción (lágrimas). Varios expresaron su interés de acompañar a las madres.

Durante las cuatro horas que permanecieron las mujeres en alojamiento conjunto fueron examinadas en varias oportunidades en dependencia del servicio. Algunas expresaron quejas ante la presión sobre el útero, sobre todo después del segundo reconocimiento y si aún sentían dolor. Se les tomó la presión arterial, el pulso y la temperatura y por lo general no se les informó el resultado, tampoco la medicación que recibieron por suero, solo si preguntaron, a lo que varias recibieron respuestas evasivas, con un lenguaje simplificado, infantilizado.

Lisette se sintió caliente, se tocó y se preocupó, nos pide [a las antropólogas] que la toquemos, cuando le tomaron la temperatura no le dijeron la que tenía. Le preguntamos a la enfermera y dice que tenía 37,5. Entonces Lisette llama al médico y le pregunta por qué el antibiótico. Obstetra: Eso se te puso profiláctico, porque tú bebé hizo caca dentro de ti y parecía que hacía mucho, mucho rato, eso es para ti.

- Evelyn: ¿cuál es la presión arterial? – Enfermera: Está bien. - Evelyn: ¿Cuánto es? - Enfermera: 100 con 60. (Esta fue la única conversación que medió en esta evaluación de enfermería, inicialmente cuando la enfermera se le acercó, llevaba en sus manos el estetoscopio y esfigmomanómetro por lo que ella se colocó, sin recibir ayuda, ni orientación en una posición que favoreciera la toma de la tensión).

Dunia: ¿y para qué es la oxitocina? Ay, disculpen que yo pregunte tanto pero es que yo soy muy chismosa.
- Enfermera: no es para nada malo

Valoración del bebé: salud y “racialidad”

Se observó el interés de varias mujeres en “revisar” a sus bebés, comprobar por sí mismas que estaban “completos” e identificar determinadas características en ellos/as, independientemente de la opinión de los especialistas en neonatología. Esto se relacionó con el hecho de que a través de esta minuciosa observación comenzaron a identificar en su bebés rasgos parecidos o repetidos de sí mismas, el padre u otro familiar, como un elemento que refuerza la pertenencia y contribuye a la maternidad y la paternidad, que se comienza a formar durante la gestación pero se consolida con la presencia del hijo o la hija.

El peso fue de especial interés para la mayoría, no así el Apgar por el que solo preguntaron tres mujeres. Esto se interpreta como una manifestación en la persona del éxito de la gestación, como consecuencia de la representación y práctica relativa a su seguimiento por la atención prenatal, que previene el bajo peso al nacer y lo refuerza como problema durante la atención, a través de la gran significación otorgada a la ganancia de peso del feto (en correspondencia con los patrones establecidos), sus cálculos y los numerosos ingresos en hogar materno descritos entre la muestra estudiada por causas relativas a este.

Se parece a Roly, la nariz es de él, pero de aquí para abajo... (Ivis)

- Residente: Está bonita – Dunia: Si sales afuera y ves al papá te vas a dar cuenta de que son iguales, así mimitico es, así oscuro. Gracias Doctor.

Como tiene pelo, la hermana nació sin pelo, pero igualita a esta (Gema)

Fue muy frecuente el análisis por las madres y acompañantes de características somatoscópicas como la pigmentación de la piel en general y alrededor de las orejas o de los testículos en particular, así como la forma y dimensiones de la cara, la nariz y los labios. Variaciones relacionadas con la implicación social que tiene ser negro/a o mestizo/a en una sociedad que reproduce concepciones racistas en correspondencia con los conceptos y patrones estéticos que comúnmente se asocian a lo bonito (blanco, de facciones finas, de pelo lacio “bueno”) y lo feo (negro, de labios gruesos, pelo “malo”).

Yo sé que no va a ser blanco, pero por lo menos... si los huevos están claritos va a ser clarito (Lisette).

Lo que no falla es lo de las orejas, con esas orejas oscuras, todo lo demás se va a poner de ese mismo color, ya tú sabes (Tía de Danay)

¿Está blanquita o rosadita? (Lena)

... y ese pelo crespo. Yo no me explico porque ese pelo crespo ¿de dónde lo sacó? ¡¿Pelo crespo?!(Jessica)

¿Y los labios? cómo los míos o cómo los del papá (Carmen)

Socialización de la vivencia

Las mujeres intercambiaron experiencias y vivencias relativas al parto, de manera comparativa entre ellas y en relación a partos anteriores. También comentaron recomendaciones que se insertan en el

conjunto de imágenes que en torno al proceso reproductivo persiste en la población a través de determinadas creencias y prácticas. Se observó que independientemente de características sociales y culturales se estableció entre ellas una empatía y calidez en la comunicación. La preocupación por el cuerpo estuvo presente, se miraron el abdomen y preguntaron a sus acompañantes, personal de salud u otra mujer en la sala “¿cómo me quedó la barriga?”, “¿cuándo vuelve a la normalidad?” lo que fue más frecuente entre las mujeres más jóvenes.

- *Yo te veía a ti, sentada en el sillón, tranquila y yo decía, yo tengo que estar igual que ella, así tranquila, ella es mi modelo a seguir (...) ... mi cuna está armada hace como dos meses y dicen que no se puede – la mía también, no tanto, como una semana, es que había un lío con los tornillos y ya se quedó armada (Arellys y Sandra)*

- *y no tuvieron que picarte ¿y cuánto pesó? – 7,5 - ¡eres una caballa! - alégrate, yo estoy rabiando, esos puntos son lo peor que hay, este peso seis, nueve y conmigo esa mujer acabó (compañera de sala y Niurka)*
¿Por qué no tomas jugo en lo que traen tu comida? dale, ya yo tomé y todavía me queda una caja, toma un poco, no tengas pena (Jackelyn a una compañera de sala)

- *¿Es verdad eso que dicen que yo no me puedo lavar la cabeza en la cuarentena? - Yo no había oído nada y por qué, con las ganas que yo tengo de darme un baño. - Sí, eso dicen por lo de la mollerita, que si no se les cierra, yo hago todo lo que me digan, igual que no se puede tomar refresco con gas, ni frijoles mientras estas dando pecho porque si los gases, yo hago todo, todo lo que digan, a todo yo le hago caso, no se puede hacer, no lo hago (Yaíma y Leyanis)*

- *La ropa de sacarlos es amarilla, yo no sé porque pero siempre me han dicho que es amarilla. – ah, sí, pues yo no le traje amarilla pero la mando a buscar. – Yo creo que es por la Caridad, la Caridad se viste de amarillo y como es la patrona de Cuba (Gema y acompañante de Leyanis)*

7.2.4. La sala de puerperio

Durante la estancia en las salas de puerperio se observó que las mujeres estuvieron siempre acompañadas, en varias oportunidades por más de una persona, incluidos los compañeros, quienes en ocasiones fueron recriminados por las enfermeras. Los hombres no permanecieron como acompañantes con sus compañeras pero estuvieron atentos a sus demandas. Lo que se observó a través de conversaciones telefónicas que sostuvieron en las salas y recados que enviaron, en las que dieron instrucciones sobre las condiciones necesarias para la estancia, salida del hospital y llegada a la casa. La condición de paciente se consolidó en esta etapa a través de las visitas médicas y la asistencia de enfermería, ya que no fueron informadas de las intervenciones y los resultados de la observación especializada. Se evidenció un trato hacia las mujeres despersonalizado y se constató su invisibilidad.

Notas de un pase de visita médico: El médico, sin levantar la vista: *¿Profesión? - Yamilé: Estomatóloga. - Médico: ¡¿Qué?! (Demuestra incredulidad, sorpresa). - Yamilé: Estomatóloga (Él asintió admirado y ella le correspondió con un gesto de orgullo)*

En una sala de puerperio: la enfermera entra a la habitación, se encuentran en ella dos mujeres recién paridas, sus bebés, dos mujeres (acompañantes) un hombre y dos antropólogas, la enfermera atraviesa la habitación, se acerca a una de las paridas, le coge el brazo y le retira el trocar “*baja la mano para que no sangres*”, se acerca a la otra y realiza la misma actividad... “*baja la mano para que no sangres*” y sale de la habitación.

Análisis y discusión de los resultados

Los resultados que se discuten a continuación constituyen evidencia obtenida a partir de la interpretación de situaciones y discursos de los/as participantes en el nacimiento. Su valoración y análisis es de utilidad en la introducción de nuevas perspectivas en la atención al embarazo, el parto y el puerperio.

8.1. El embarazo, parto y puerperio como proceso biocultural

En el presente estudio se confirma que el EPP es un proceso biocultural. El análisis, en función de las características personales de las mujeres, de las expectativas en el nacimiento del hijo/a, de la relación con el servicio médico y teniendo en cuenta la perspectiva de género aporta evidencias que contribuyen a su definición en el contexto estudiado. El esquema representado en la figura 2 explica la relación identificada entre las categorías inductivas según la codificación axial.

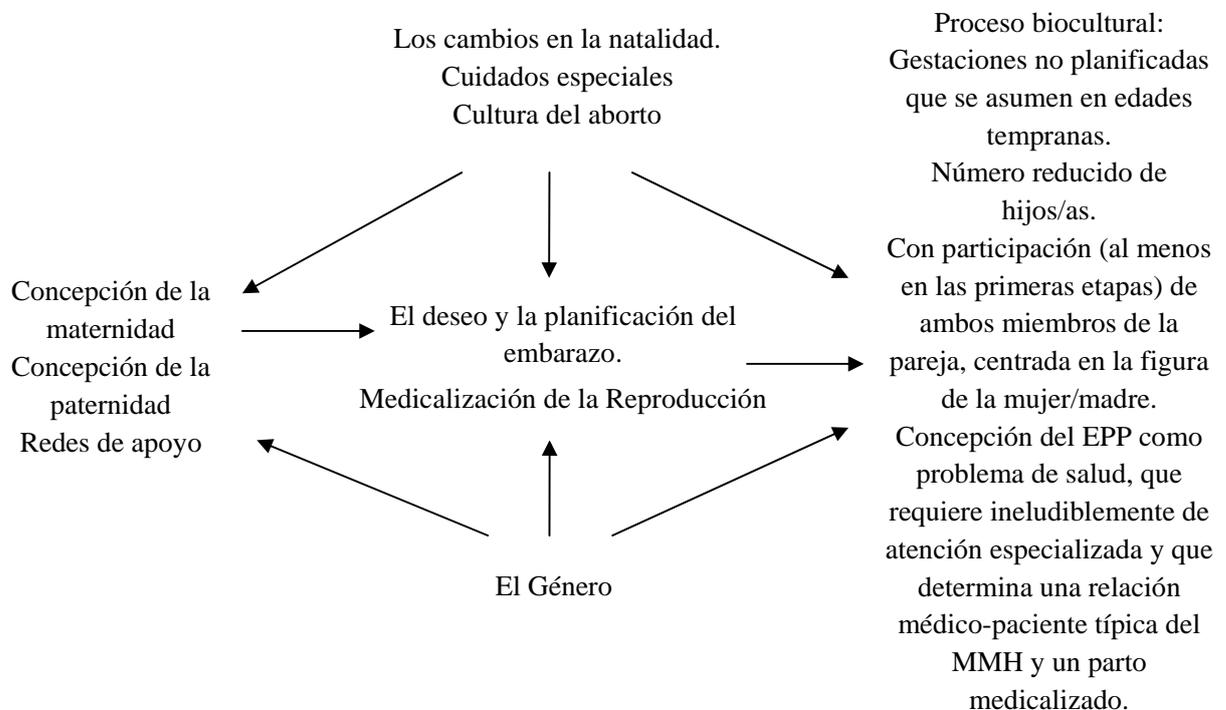


Figura 2. Relaciones entre categorías, producto de la codificación axial, que explica la teoría fundamentada en relación con factores sociales y culturales que caracterizan al EPP como proceso biocultural

En este análisis se consideraron como categorías centrales: El deseo y la planificación del embarazo y la Medicalización de la Reproducción:

El deseo consensuado por el hijo y la estabilidad afectividad son los elementos fundamentales que emergieron del discurso y caracterizaron en el contexto estudiado la aceptación de la gestación. La mayoría de los embarazos en el presente estudio no se planificaron. No fueron considerados en la decisión para asumir la gestación prioritariamente la edad, las condiciones económicas, la ausencia de un matrimonio legal ni la no convivencia en pareja, que declararon tres de las mujeres. Solo algunas hicieron referencia al nivel educacional alcanzado como un elemento importante para asumir la

gestación.

La caracterización de las concepciones de la maternidad y la paternidad que poseen las mujeres y sus compañeros, así como las redes de apoyo que se articularon en torno al nacimiento, aportó evidencias para considerar a estas categorías como causales.

En general se interpreta que la maternidad constituye un hecho ineludible en la vida. Desde la lectura de género esto responde al binomio mujer=madre presente en la cosmovisión, que tiene su representación en la persona a través de un discurso positivo de la maternidad y en la práctica, al asumirla a edades tempranas, motivadas las mujeres en mayor medida si antes han tenido abortos o nunca quedaron embarazadas o cualquier elemento que introduzca la imposibilidad en un futuro. Aunque no se desea el embarazo, las relaciones sexuales son en alguna medida desprotegidas con la consecuente posibilidad de que ocurra. Lo que se articula con la cultura del aborto descrita por los expertos, que de alguna manera en el imaginario y la práctica introduce la posibilidad real del rechazo ante la casualidad de la gestación.

Las redes de apoyo tributaron a la decisión por la gestación independientemente de la existencia o no de las condiciones generalmente consideradas necesarias para asumir la maternidad. Resultados de investigaciones en el contexto europeo, sitúan a la maternidad como fuente de importantes presiones sociales y económicas (4; 8), lo que no se describió en la misma medida en esta investigación. A juicio de esta autora las características de la familia en Cuba, con varias generaciones que conviven en un mismo hogar y con esto la ayuda familiar que suelen proporcionar para el cuidado y manutención de los hijos, en cierta medida libera la maternidad de tales presiones, lo que se articula además con la identificación y caracterización por todas las entrevistadas de amplias redes de apoyo que proporcionaron cuidados y atenciones durante la gestación.

Entre las categorías contextuales se identificaron los cuidados especiales, en nombre de la representación social de la maternidad, identificada en la mayoría de las categorías descritas, ya que se evidenció a la gestante como figura central de cuidados y atenciones, tanto de conocidos como de personas ajenas, que fue valorado muy favorablemente por ellas, y que para *Turner* significa considerar al “ser gestante” como una condición social, por ello quienes la rodean se sienten con la obligación o el derecho a dar consejos, opiniones o protección hacia ellas, en función del bienestar y correcto desarrollo del bebé en formación (4; 114).

Los cambios en la natalidad, identificados entre las categoría contextuales, son parte de la representación y se expresan en la práctica en torno al nacimiento entre las parejas estudiadas. Se constató por todas las fuentes el deseo por un número reducido de hijos, la existencia de largos períodos intergenésicos y la temprana edad a la que se asume la maternidad, resultados estos que concuerdan con lo publicado por la Oficina Nacional de Estadísticas.

Desde el año 2005 los mayores porcentajes de nacimientos ocurren a cargo del grupo de mujeres de 20 a 24 años (115). Lo que se pone de manifiesto en esta investigación, en la que la mayoría de las madres primerizas eran menores de 30 años. De todas las entrevistadas solo una refirió su deseo de postergar la maternidad hasta edades avanzadas, el resto, de las que tuvo a su primer bebé por encima de los 30 años, lo deseó desde antes y factores de índole personal (infertilidad), y sociales, en relación con la pareja, fueron determinantes para la postergación de la misma. Se constataron además largos periodos intergenésicos en varias de las que tenían su segundo o tercer hijo/a. De modo que el retraso en la edad de la maternidad como comportamiento que aparece reflejado en estudios similares realizados en otros contextos sociales, como estrategia y necesidad-obligación por las condiciones económicas existentes y con estas los requerimientos de una mayor formación (4; 116), fue referido en el presente estudio por los expertos pero no fue consistente con la práctica de las entrevistadas y la observación participante.

El número reducido de hijos, guarda relación con factores sociales como la formación y desarrollo profesional, el acceso a la vida pública, los problemas económicos y en la presente investigación y desde el discurso de las mujeres está mediado además por la vivencia del parto, consecuencia de su representación y práctica medicalizada. Por otro lado y desde el análisis de género, el nacimiento de los hijos o hijas es un factor que por lo general, eleva las exigencias a cargo de las mujeres, lo que genera grandes desigualdades, entre otras razones. Según la literatura (4; 79; 116) y como se evidenció en esta investigación son las mujeres las que detienen su vida profesional y social (pública) para cuidar intensivamente a sus bebés y asumen la principal responsabilidad sobre sus cuidados. Por ello, un número reducido de hijos constituye una estrategia al respecto y entre otros elementos relacionados, conlleva a las bajas tasas de fecundidad descritas para la población cubana.

Del discurso de los expertos se infieren variaciones en el comportamiento de la natalidad en relación con elementos sociales y culturales en el curso de los últimos 50 años, lo que contribuye a la caracterización biocultural del proceso reproductivo. Como parte del programa de la Revolución de 1959 se comenzaron a ejecutar una serie de medidas encaminadas a desarrollar la Salud Pública en Cuba. Los cambios sociales que en su conjunto tuvieron lugar se manifestaron en el macroentorno, definido para esta investigación, incluyeron un nuevo sistema socio-político y con este el sistema de derecho y la ideología, todo lo cual se expresó en el mesoentorno, el microentorno y en las concepciones en torno a la maternidad en la persona, lo que generó cambios en los patrones de natalidad de la población y en la organización de los servicios.

Aproximadamente una década después de 1959, como es referido por los expertos entrevistados, la natalidad sufrió un importante descenso, como consecuencia, entre otros factores de la incorporación de las mujeres a la esfera pública, así como deficiencias materiales en algunos aspectos considerados

necesarios. Las estadísticas confirman el criterio de los entrevistados, en el año 1975 el 27 % de la fuerza de trabajo del país era femenina y en el año 2003 llega a ser el 38 % del total (117). En la actualidad más del 60 % de los profesionales y técnicos son mujeres. Por otro lado se identifican como factores que contribuyen a la declinación de la fecundidad algunas condiciones materiales de vida, principalmente el déficit de viviendas y la fragilidad familiar que puede indicar altas tasas de divorcialidad y de separación de uniones. Los estudios y análisis realizados no aportan pruebas concluyentes en este sentido, y si bien no hay duda de que influyen en el comportamiento, no son los factores determinantes. Factores como haber alcanzado el tamaño de familia deseado; trabajo fuera del hogar; pérdida de vida social y otros similares, afloran en un contexto donde los avances de la mujer en la vida laboral y social del país replica la numerosa evidencia internacional, en la cual la educación y la participación femenina en la actividad económica y social se asocian con la conducta reproductiva, que incide en la declinación de la fecundidad (118).

Los avances educacionales, en salud en general y reproductiva en específico, en seguridad y asistencia social y sobre todo en los profundos cambios en la condición de la mujer, explican un proceso inédito en el contexto de los países en desarrollo y en particular de la región, donde ningún país ha descendido de los niveles de reemplazo en su transición de la fecundidad (menos de una hija por mujer). Para algunos, esto constituye un patrón de comportamiento muy avanzado que delinea algunos elementos de lo que se ha llamado la segunda transición demográfica pero que a su vez ha estado acompañada en algunos años de alta fecundidad en la adolescencia, una disposición de métodos anticonceptivos no del todo favorable, una recurrencia a la interrupción del embarazo más alta de lo deseada, entre otros aspectos (118).

La referencia al embarazo en la adolescencia, se pone de manifiesto en la presente investigación desde el discurso de los expertos entrevistados y por la vivencia de algunas entrevistadas. En la actualidad, las estadísticas reflejan una tendencia a la disminución de la fecundidad en esta etapa de la vida (118), no obstante a través de la preocupación que refieren los expertos, su disminución está lejos de lo deseado y esperado, teniendo en cuenta las posibilidades educacionales y de salud de la población, por lo que esta autora considera que debe mantenerse como tema de marcado interés en las políticas de salud pública. Su revisión desde la perspectiva de género alude a que, desde el punto de vista colectivo continúa su referencia como un problema de mujeres. Son las adolescentes, su cuerpo y sus hijos los más vulnerables desde el punto de vista biológico y social. El varón no suele entrar en el análisis, la asignación cultural de la responsabilidad del embarazo recae en la muchacha, lo que indica el sesgo de género característico de la cultura e ideología que caracterizan el imaginario, las actitudes y prácticas de la población.

La medicalización o el control médico del EPP constituye una categoría central en este análisis. Según los resultados de la presente investigación, es parte esencial del discurso sobre el nacimiento, de mujeres,

de familiares y de médicos, por lo que se inserta en su ideología, a través de una cultura médica que determina la vivencia del proceso. Como consecuencia de esto se socializa la biomedicina como el conocimiento autorizado para afrontar el nacimiento. La inclusión de la tríada EPP en el campo de la medicina científica, representada en el MMH, implica la medicalización a través del control de todo el proceso procreativo, fisiológico, normal y natural del curso vital femenino, que es socialmente aceptada y compartida, cuyas prácticas están sistematizadas y definidas en su totalidad.

La práctica biomédica se establece a través del discurso médico como la única capaz de limitar los riesgos que implican el EPP. Del análisis de las entrevistas realizadas se deduce que al ser la institución médica quien tiene autoridad y control legítimo sobre el EPP, a través de sus discursos se puede construir la ideología en torno al nacimiento, lo que incluye su representación social, su necesidad de atención y la regulación de comportamientos y prácticas, de lo que emana su protagonismo en la definición del nacimiento como acontecimiento médico, reflejo de su hegemonía sobre el control de los procesos reproductivos. Por lo general este control implica un gran poder para la institución médica pero a su vez le otorga una gran responsabilidad social por la que puede ser objeto de crítica ante insatisfacciones o dudas que no son satisfechas (4), hecho referido en investigaciones realizadas en otros contextos.

Los cambios que a nivel macro tuvieron lugar como parte del proceso de transformación revolucionaria posterior a 1959, así como el desarrollo tecnológico logrado de manera gradual, constituyen elementos que a lo largo de los últimos 50 años han propiciado cambios en la concepción médica y la estructura de los servicios relacionados con el EPP, estos cambios se expresan en las instituciones y en el personal encargado de controlar estos procesos, llegan además a la persona como parte de la cultura e ideología en torno a la maternidad, lo que evidencia el análisis desde la perspectiva antropológica, que visualiza cómo el discurso médico, por el valor social asignado y el poder concedido a la profesión, se expresa en la ideología social, que los acepta como realidad y se apropia de estos criterios. En términos generales y desde el análisis del discurso de los/as protagonistas en el nacimiento, se interpreta que las mujeres requieren de atención médica para garantizar su salud y sobre todo el normal desarrollo y bienestar fetal, ya que el proceso reproductivo se entiende como una situación que presenta riesgos.

Esta representación, que subraya la necesidad de un mayor control en el proceso del EPP, se contradice con informaciones como la que proporciona UNICEF en el año 2008. Según la organización internacional, no todos los partos requieren de asistencia médica, sino solo entre el 15 y el 25%, pues el resto se desarrolla sin problemas, lo cual depende de la salud general de las mujeres. En los lugares donde existe mayor pobreza es en los que surgen más complicaciones y problemas (119).

La atención al EPP está diseñada de modo tal que tanto los profesionales como las mujeres deben cumplir lo que está normado. A los efectos de esta investigación este hecho se inserta en el macroentorno

por constituir un elemento ideológico que se expresa a nivel de la normativa y legislación que regula la atención en los servicios de salud, esto incide favorablemente en la calidad, evidente en los índices logrados, elimina las posibles inequidades por razones sociales, geográficas, culturales, por color de la piel o de otro tipo, no obstante se interpreta que genera despersonalización de la atención, ya que la mujer gestante se convierte en una paciente, que debe cumplir con las indicaciones señaladas en función del tiempo de gestación y de su historia de salud precedente, más allá de sus percepciones, vivencias y concepciones sobre la maternidad, el embarazo o el parto, aún cuando por sus condiciones biológicas no se considere clínicamente como de riesgo. Esta representación se manifiesta en el discurso de los expertos en el énfasis en los procesos organizacionales, normativos y tecnológicos para el logro de resultados favorables, expresado en indicadores de mortalidad bajos, otros factores no son visibles. Algunos autores, han demostrado que entre otros, la alimentación, las mejoras económicas y el mayor nivel de instrucción de las mujeres inciden en la reducción de la mortalidad materna e infantil (4; 120).

En esta investigación, tanto las mujeres como los profesionales consideraron excesivos los encuentros asistenciales, no obstante en términos generales los valoraron favorablemente y cumplieron con ellos, tanto por disciplina como por ser el medio para prevenir y evitar riesgos. Con este comportamiento las mujeres se hacen dependientes del criterio médico y de la tecnología. De esta manera se refuerza el poder de quien posee la tecnología y el conocimiento para interpretarla. Hecho que es descrito también en otras investigaciones y como consecuencia de la práctica por el MMH (4; 8).

Según *Montes Muñoz*, con quien coincide esta autora, la característica principal de la actual definición médica del nacimiento es la medicalización en todos sus ámbitos, con el discurso de riesgo como determinante (4). En la presente investigación, el riesgo obstétrico es un elemento que recurre en el discurso todas las personas entrevistadas, y es una parte esencial de la representación que poseen los prestadores de salud en torno al EPP. A través de su discurso y práctica llega a las mujeres y a la población y contribuye a la dicotomía proceso fisiológico – proceso patológico con la que se vive el embarazo, que puede llegar a modular su percepción y experiencia. Lo que a su vez se interpreta como una representación de desconfianza en el cuerpo femenino, gestante. La utilidad de la concepción de riesgo en sí misma no se pone en duda; no obstante, desde el punto de vista antropológico es de interés resaltar cómo el hecho de identificar toda una serie de riesgos potenciales en torno a la embarazada supone una duda constante sobre la gestación, que pudiera predisponer al miedo y con este, la posibilidad de cuestionar el comportamiento y actitudes de las mujeres, por lo que se impone el control médico al que deben ser sometidas, lo que le otorga un mayor poder al servicio y una mayor dependencia a las gestantes. Según refieren otros autores, el control médico más allá de sus funciones de prevención, reafirma el poder médico y el control social e ideológico de las mujeres (4).

Del análisis del discurso de los protagonistas se interpreta una representación del embarazo y del parto que es producto de la atención por el MMH, que se caracteriza por el “no saber” de las mujeres frente al “conocimiento autorizado” de la institución y el profesional que ostenta el poder, del cual son dependientes. Es un asunto del médico que “hace el parto”. De modo que se acepta socialmente que requiere ineludiblemente la intervención médica.

8.2. Vivencias y percepciones de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio

Las vivencias y percepciones de las mujeres durante el tránsito por el EPP fueron múltiples, relacionadas entre sí y con factores sociales y culturales. La codificación axial que se genera al respecto, se presenta en la figura 3 y se describe a continuación.

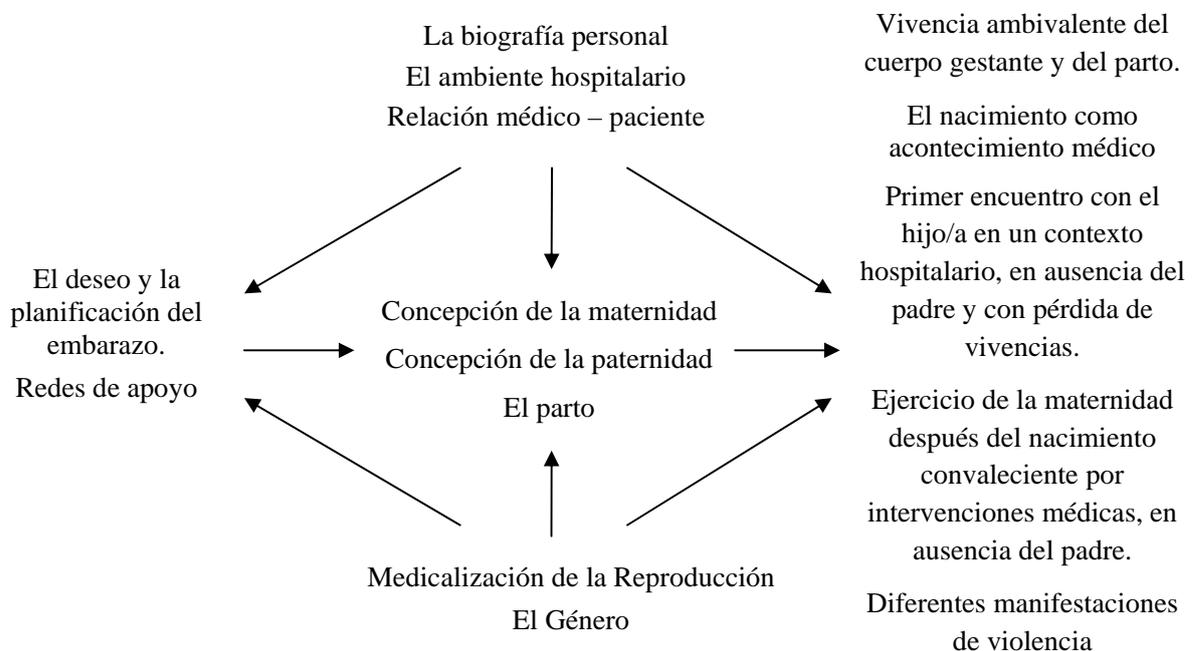


Figura 3. Relaciones entre categorías, producto de la codificación axial, que en relación con las vivencias y percepciones de las mujeres durante el EPP.

La construcción de la maternidad y la paternidad durante el tránsito por el EPP, así como la vivencia del parto fueron identificadas las categorías centrales en este análisis. La mayoría de las entrevistadas consideró que la maternidad y la paternidad comenzaron a construirse desde la gestación y con el hecho de involucrarse la pareja en la preparación del nacimiento, vivencia por lo general positiva y con mayor impacto emocional en las que experimentaban su primer embarazo.

La maternidad se constató como una vivencia ambivalente, además de su representación positiva emergieron del discurso el agotamiento, el cansancio, las dudas y las inseguridades que experimentaron muchas de las entrevistadas alrededor del nacimiento. Durante el embarazo la figura del cuerpo significó una referencia fundamental. Se observó conjuntamente con el deseo de que creciera el abdomen como

manifestación del progreso de la gestación y la proximidad del nacimiento, la preocupación por la figura posterior y la aparición de grietas. El desarrollo de la paternidad se vinculó por lo general con un vínculo afectivo más sólido, mayores cuidados y atenciones hacia ellas y una mayor implicación en la esfera doméstica.

La maternidad como finalidad única de las mujeres ha sido, con más o menos énfasis, el discurso que se ha mantenido a lo largo de la historia en Occidente. No es solamente parir, la alimentación, crianza y educación de los hijos son funciones de las mujeres-madres que a partir del siglo XVIII se reforzaron hasta adquirir ese carácter de naturalidad biológica en el que se ancla esta ideología (4). En los discursos de expertos y de mujeres, se manifiesta como, el instinto está presente en alguna medida en la ideología asociada a la maternidad. Esta autora considera que dada la capacidad demostrada de decisión de las mujeres para planificar la maternidad en un determinado tiempo o edad, deseársela o rechazarla si fue casual, la representación y práctica diferencial observada según la edad en relación con el tiempo previsto para el cuidado exclusivo al recién nacido y las condiciones consideradas necesarias para asumirla fundamentalmente, son elementos reflejados en las entrevistas, que acumulan evidencias a la consideración de la maternidad como constructo social y cultural, que incluye formas diferentes de afrontarla y significa por tanto una deconstrucción de esta como instinto. Por otro lado las expresiones de agotamiento, cansancio, dudas e inseguridades referidas por muchas de ellas deconstruyen las teorías relativas al instinto maternal y a la capacidad natural de las mujeres para estas tareas, lo que ha sido referido también por otras autoras (4; 121).

El instinto maternal, además de ser una expresión de dominación “*es en realidad solamente un mito*” (122), predestina a la maternidad biológica y al cuidado posterior de las criaturas nacidas como algo aparentemente natural (123). Según *Dolores Juliano* la idea de que ciertas conductas humanas, como el amor materno y la atracción de pareja están determinadas biológicamente, garantizaría que son permanentes, que no cambiarán, que el tiempo pasará sobre ellas sin modificarlas (121). Lo que en la presente investigación, se evidencia en particular desde el discurso de los expertos. En el curso de los últimos 50 años en Cuba, importantes modificaciones sociales se han expresado y provocado modificaciones en las representaciones y prácticas de la maternidad, de la paternidad y su ejercicio.

El presente estudio se diseñó con la intención de tener en cuenta la perspectiva de mujeres y hombres en el tránsito por el EPP y con este, en el desarrollo de la maternidad y la paternidad. En la práctica el acceso a hombres/padres no se logró en igual medida. De modo que la investigación se centró en las mujeres y la información referida a la paternidad se obtuvo fundamentalmente de la percepción de ellas, ya que solo fueron entrevistados cuatro hombres, por lo que se considera que su implicación en el proceso puede ser mayor de lo que se describió.

El deseo de los hombres por un hijo o hija, evidenciado en esta investigación, permite asumir el análisis ofrecido por *Albi*, cuando valora la existencia de instinto paternal. La diferencia de nominación o valor social que se da al deseo del hijo si proviene de mujeres o de hombres, así como los roles desiguales de cuidados que de ellos y de ellas se esperan, permite entender el instinto como construcción cultural. Si el hombre tiene ilusión por el hijo, simplemente se considera eso, deseo e ilusión; pero si ese deseo es manifestado por la mujer, será considerado que es el instinto quien induce a la maternidad: que lo siente y desea porque es su naturaleza, lógica respuesta a su biología (124).

Sadler desde otra perspectiva, en relación a la participación de los hombres ofrece resultados en los que demuestra beneficios a largo plazo para la dinámica familiar y de pareja a raíz de la participación de los varones en el parto. La presente investigación no pretende este alcance, pero sus resultados permiten interpretar a partir del análisis del discurso, que los hombres desarrollaron una paternidad comprometida en el cuidado y crianza de sus hijos e hijas. No se descarta no obstante que el principal rol asociado a la construcción de la familia que socialmente se espera de ellos y a su vez consideran que deben desarrollar, sea el de proveedores.

La paternidad a partir del discurso de expertos se interpreta que se asocia con “paternidad responsable” y su práctica se relaciona con la participación del hombre en el parto. Estos entrevistados no suelen tener en cuenta otros elementos relacionados con la implicación de los padres en las funciones tradicionalmente consideradas maternas, que se refieren a los cuidados que requiere su bebé y pueden ser proporcionados por cualquier persona y según otros autores (4) con quien coincide esta autora, constituyen a la maternidad como un propósito compartido.

El parto constituyó para la mayoría de las mujeres un evento de gran significación, con importantes implicaciones físicas y psíquicas. Su vivencia se manifestó ambivalente, en gran medida a través de aspectos negativos. Se interpreta que esta constituye la representación social y médica de la desconfianza en el cuerpo femenino gestante, consecuencia de los discursos de riesgo, la dicotomía entre proceso fisiológico – proceso patológico que se evidencia en su atención y el poco conocimiento y autonomía de las mujeres durante el curso de la gestación. La cercanía con el nacimiento y conocer al bebé, constituyeron los aspectos positivos de su vivencia.

El parto tuvo lugar en un contexto hospitalario exclusivamente, con características estructurales e higiénicas por lo general desfavorables y diferentes a las de los hogares, con numerosas intervenciones médicas, alejadas las mujeres de sus redes de apoyo durante partes significativas del evento, con una relación médico-paciente desigual. Como consecuencia de esto tanto las mujeres como sus familiares debieron cumplir lo normado en cada servicio en particular, independientemente de su historia personal, condiciones sociales o preceptos culturales y de género que se hayan construido sobre el nacimiento. Se

interpretó que los profesionales asumieron que ellas no necesitaban la información o que no la entendían. El hospital determinó cuándo y por quién estaría acompañada y en qué momento recibiría a su bebé. Todos estos, elementos que determinan su vivencia del proceso y contribuyen a la objetivación de las mujeres y familiares.

La cultura medicalizada en torno al parto, se interpreta que atraviesa a la población y contribuye a que en la práctica este sea culturalmente aceptado y ocurra como otro procedimiento ginecológico, en la posición que permite la cama o mesa ginecológica y con numerosas intervenciones médicas. De modo que se acepta la definición médica del proceso, en la que estas intervenciones son necesarias y por tanto normalizadas. En la presente investigación las intervenciones fueron: venoclisis en algún momento del proceso, episiotomías rutinarias, rotura artificial de membranas, monitorización fetal electrónica y presión en el fondo del útero o maniobra de Kristeller. En general su práctica no se corresponde con la información al respecto reflejada en la literatura internacional ni con lo recomendado por la OMS en la Declaración de Fortaleza. Por lo que su uso en nuestro país constituye un aspecto a investigar en futuros estudios con vistas a aumentar la calidez de la atención con la disminución de intervenciones que generan malestar a las mujeres y pudieran evitarse.

El desconocimiento de las mujeres al respecto evidenciado en esta investigación, se articula con la falta de información a la que tienen acceso y la cantidad y la calidad de la procedente de los servicios de atención. Los criterios de la mayoría de los profesionales entrevistados, sugieren en alguna medida la desvalorización y cierto desconocimiento de otras prácticas, menos medicalizadas. Lo que evidencia que mujeres y profesionales comparten estos supuestos culturales.

El hecho de que la única opción sea la mesa ginecológica en los hospitales observados, impone la posición para parir y esto es considerado por *Camacaro* uno de los hechos más violatorio de la autonomía del cuerpo y más atentatorio contra la psiquis, fisiología y anatomía humana femenina. La mujer se coloca en una posición desventajosa para el control de sus capacidades físicas y emocionales, quien asume el control es el obstetra, no puede existir relación interpersonal con quien la atiende y con su hijo o hija por nacer (12). *Gilberti* a partir de los datos que aporta el rastreo antropológico, critica drásticamente la posición obstétrica. Muchos pueblos usan sistemáticamente el parto de rodillas, en cuclillas, sentadas, pero siempre en verticalidad. Más allá de cualquier investigación, la experiencia ha demostrado que en los momentos previos a la expulsión, las mujeres buscan incorporarse, lograr verticalidad y pujar hacia delante y abajo, oponiéndose al mandato obstétrico. “*Alguna razón biológica de esencial importancia debe regular esta conducta en un momento crucial para la maternidad*” (125). Al respecto la OMS en sus recomendaciones específicas refiere que “*no se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse*

caminar durante la dilatación y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo". Se debe estimular a las mujeres a que tengan su parto en posiciones cómodas, que habitualmente son las verticales (60). Resultados de la revisión Cochrane, demuestran que el parto acostada de espalda, es más doloroso y causa más problemas con respecto a la frecuencia cardíaca fetal, aumenta el uso de fórceps y de incisiones en el canal del parto, aunque disminuyen las pérdidas sanguíneas (126).

Sobre la práctica de la episiotomía, además de la evidencia aportada por la OMS (127), otros artículos refieren que su uso rutinario no está justificado: no presenta beneficio para la madre o el bebé, aumenta la necesidad de sutura perineal y el riesgo de complicaciones en el proceso de cicatrización a los siete días posparto, produce dolor, molestias innecesarias y efectos a largo plazo potencialmente perjudiciales (128). Su disminución ha sido estadísticamente significativa en varios países desde la década de los ochenta: Estados Unidos, Canadá, Costa Rica y Guatemala. Resultados venezolanos demuestran que tasas superiores al 30% no se justifican (129; 130). En Europa se describen grandes variaciones entre países, 9.7 % en Dinamarca, 16.2 % en Inglaterra; 52 % en Italia y 63 % en Bélgica. España aparece como el país europeo con mayor cifra de episiotomías, casi el 90 % (131). En la presente investigación y desde el discurso de los obstetras entrevistados en los servicios de parto, se evidencia el conocimiento de los riesgos que introduce su práctica, lo que contrasta con el uso rutinario que reconocen de la misma. De modo que se interpreta como riesgos que introduce la práctica médica en previsión de los relativos al cuerpo y al proceso, como tal se normalizan y su implicación por lo tanto tiene otro significado para el cuerpo médico, por lo general estos últimos son menos valorados, se minimizan. Resultado obtenido también en otras investigaciones en el contexto de la asistencia al parto por el MMH (4; 8).

El uso inadecuado de oxitocina y la maniobra de Kristeller son considerados factores de riesgo relacionados con la atención obstétrica para la rotura uterina (132) o los desgarros de cuello uterino (133). La práctica médica, se interpreta del discurso de las mujeres y obstetras, que trabaja en función de acortar la duración del parto a través de la rotura artificial de membranas, de los reconocimientos y de las conducciones con oxitocina, la presión sobre el útero durante el expulsivo y las episiotomías. Esto libera a las mujeres de sus cuerpos gestantes, las molestias que introduce son producto de las intervenciones médicas, que en virtud de su normalización dada su necesidad para "asistir el nacimiento" se minimizan.

Como parte de la preparación para el parto, las mujeres y sus familias desarrollaron una serie de estrategias. La gestión de la atención fue la más frecuente en esta investigación y constituyó el evento en que las mujeres ejercieron alguna autonomía, al elegir un médico durante la atención prenatal y el hospital donde parir, diferente al indicado. Lo que se interpretó como que les aporta seguridad y satisfacción, ya que logran un vínculo afectivo que en alguna medida tributa a una atención

personalizada. Este hecho en general manifiesta una desarticulación entre lo normado y lo deseado por las mujeres y aporta evidencias a que de la manera en que está organizada la atención, no responde a las expectativas y necesidades de ellas. En las entrevistas a expertos, estos resaltaron la ventaja que ofrece la práctica privada de la medicina en este sentido, en la que en la mayoría de los casos el mismo obstetra lleva todo el curso de la gestación hasta el parto. En los discursos de las mujeres se evidenció su necesidad, motivado por la posibilidad de un obstetra conocido que asista el parto o la confianza en un servicio particular y con esto, la disminución de los temores y preocupaciones, lo que se corroboró en la observación. La historia personal y las redes personales de apoyo son las características de la persona, que se relacionaron con esta actitud. Estos hechos demuestran la necesidad de una atención personalizada, con un enfoque médico social, que tenga en cuenta y valore en la práctica la biografía de la persona, sus necesidades y capacidades para enfrentar el evento que vive.

Desconocer el servicio, sus características y a los profesionales, en otras investigaciones se ha considerado una fuente de inquietud, lo que mantiene sobre todo a los padres (parejas) en alerta. Es preciso conocerse para sentirse segura, *“para llegar a esos intangibles de la mente y de la emoción”* (134), es lo que garantiza escuchar y respetar los deseos, tener información o un ambiente adecuado, elementos en los que se incluyen las perspectivas culturales y valores de cada persona implicada y que se le reconoce valor terapéutico en la prevención de los riesgos (4).

El estar acompañada o no y por quién, durante el parto (trabajo de parto, parto y puerperio inmediato) es un elemento de suma importancia, presente en el discurso y evidente en la observación participante. Interviene en la experiencia en torno al nacimiento y se relaciona con sentimientos de frustración y pérdida de vivencias para algunas parejas que habían construido y pensado sobre este momento con anterioridad. Refuerza la subordinación de mujeres y familiares que no tienen capacidad de decisión ante lo estipulado, que depende de lo normado en el servicio y que ellos deben acatar. La diversidad de formas en que a nivel de las instituciones, tiene lugar la interpretación diferencial de la normativa incide en la vivencia del proceso por las mujeres y sus familias. La OMS recomienda que *“Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal”* (60). La evidencia nacional e internacional refiere que el apoyo continuo: reduce levemente la duración del trabajo de parto, aumenta las probabilidades de parto vaginal espontáneo, reduce la necesidad de analgesia intraparto y por lo general las mujeres manifiestan menor insatisfacción con sus experiencias de parto. La OMS argumenta que las objeciones frecuentes a la implementación de esta intervención pueden resolverse fácilmente (59; 135). A pesar de que es respaldado por el discurso oficial en nuestro país, la práctica se evidencia de disímiles maneras, con diversas implicaciones para las mujeres. En esta investigación se constató que está ausente en momentos de gran impacto para ellas y la causa es la prohibición que imponen los servicios y no la negación de los familiares. De modo que las

causas a su limitación responden al sistema y no a las necesidades de las mujeres, ya que todas expresaron el deseo y la necesidad de un acompañante en todo el proceso, algunas de ellas con especial énfasis en sus compañeros, aunque la mayoría prefirió a la madre.

Como parte de su función de acompañante las madres y no los hombres/compañeros, censuraron actitudes “indisciplinadas” de sus hijas y estas por lo general lo aprobaron. Las madres/acompañantes les transmitieron que deben aceptar, obedecer y cooperar con los médicos, aunque implique un mayor sufrimiento, ya que al igual que los dolores de parto “es así como se pare”. Con esto la autora considera que las obligan a obedecer e implica desvalorizar sus sentidos y percepciones. Este hecho desde el género cobra importancia, por la actitud diferencial de hombres y mujeres como acompañantes, que puede explicar en alguna medida la preferencia por la madre en esta situación.

Del análisis del discurso de obstetras se interpreta que hay cierta desvalorización del acompañante. La reticencia al mismo se reflejó por los expertos bajo supuestos estructurales, se reconoció su presencia fiscalizadora como móvil más probable a la negativa y fue mencionado por médicos de los servicios el componente epidemiológico. En general se considera que de la manera en que ocurre, con diferencias en los servicios, con una valoración *a priori* insatisfactoria de los hombres por las propias mujeres y el personal de salud, pone en evidencia la cultura de género arraigada y acentuada por el sistema médico, en la que todo lo relacionado con el nacimiento es asociado a lo femenino.

En Latinoamérica y Europa existen estudios comparativos entre partos en hospitales y clínicas por un lado y casas de parto y el hogar de la mujer, por otro. Es difícil hacer una comparación, pues por lo general las familias que optan por las distintas alternativas tienen preparaciones y referentes culturales diferentes. Sin embargo, se desprende de dichos estudios que cuando el parto transcurre en un lugar acogedor, donde la mujer y su familia se sienten cómodas y tienen injerencia en el curso de los eventos, hay menos complicaciones durante el proceso. Esto tiene relación directa con el hecho de no concebir el parto como una enfermedad riesgosa que debe ser intervenida, sino como un proceso normal y natural que en pocas ocasiones se complica. En este contexto, la mujer y sus familiares no sufren los elevados niveles de estrés de un ambiente altamente medicalizado, pues se conciben como protagonistas del proceso (33). *Camacaro* a través de los testimonios de mujeres atendidas en la sala de parto natural de Turmero, Venezuela, ilustra la satisfacción que brinda el poder decidir sobre el cuerpo, la posibilidad de experimentar un parto menos medicalizado con respeto a la naturalidad del proceso y permitiéndole en todo caso a la mujer ser dueña de un evento trascendente en su vida (12).

En América del Norte, un estudio prospectivo de grupo, realizado con la intención de evaluar la seguridad de los partos domiciliarios con la participación de parteras profesionales certificadas, en jurisdicciones donde la práctica no está completamente integrada al sistema de salud, concluyó que los

partos domiciliarios planificados para mujeres de bajo riesgo atendidos por parteras estuvieron asociados con bajas tasas de intervención médica y con una mortalidad intraparto y neonatal similar a los nacimientos hospitalarios de bajo riesgo (136).

Desde la perspectiva antropológica y teniendo en cuenta el discurso de los protagonistas y en especial la implicación que tiene para las mujeres, se considera que la práctica rutinaria de las intervenciones médicas descritas, el control excesivo y la normalización de restricciones a las mujeres y sus familias, se inserta en los mecanismos de violencia que operan en la atención al parto, de tipo física, ya que la evidencia científica no justifica su uso sistemático (60; 61; 126; 127; 137) y simbólica porque consolida a través de los malestares que genera las lecturas de sacrificio, dolor y sufrimiento asociados a la maternidad, por lo que además posee una connotación de género.

Montes-Muñoz refiere que en la atención al parto hospitalario tiene lugar una violencia institucional, mediante la cual el poder de la institución, el de la medicina, asegura y reproduce su orden y el orden social, que es también de género; ya que la institución utiliza la situación de vulnerabilidad en que se encuentran las mujeres durante el parto y desde la que difícilmente pueden contestar, y de esta manera reproduce los valores que rigen el orden social actual en el que el cuerpo y su biología son utilizados para reproducir la inferioridad sistemática de las mujeres: recordándolas o reduciéndolas de algún modo a su feminidad (4). En algunos países latinoamericanos se está utilizando el término legal de violencia obstétrica, que describe las violaciones por parte del personal de salud en contra de los derechos de una mujer embarazada que esté en trabajo de parto, entre las que se incluyen la atención mecanizada, tecnicista, impersonal y masificada del parto (12; 138). Todo lo cual se suma a la violencia simbólica definida por *Pierre Bourdieu*, como aquella amortiguada, insensible e invisible para sus propias víctimas (cuyo mandato se acata sin saberlo) que es ejercida esencialmente a través de los caminos simbólicos de la comunicación y el conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento que arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales, apoyándose en unas expectativas colectivas, en unas creencias socialmente inculcadas (139).

En general emergen diferentes manifestaciones de violencia hacia las mujeres u opresión de género. Esta, según *Marcela Lagarde*, se ejerce mediante la expropiación, marginación, interiorización, discriminación y exclusión (140). Lo que se pone de manifiesto en la presente investigación a través de la poca información que reciben las mujeres, la poca capacidad de acción y decisión y la legitimación de su rol de pacientes durante todo el proceso, lo que consolida su subordinación hacia las indicaciones médicas.

De modo que la medicalización de la reproducción y el Género, son consideradas categorías limitantes en este análisis ya que en función de garantizar el bienestar (fisiológico) de la mujer y del feto, las mujeres carecen de poder y de autonomía para decidir sobre sus propios EPP. Pierden protagonismo, al

ser descalificados sus conocimientos (68) y al no crear condiciones para que ellas y sus parejas tomen decisiones y sean sustituidas por las de un equipo de expertos, que además excluye a los padres del trabajo de parto y el parto y separa a las madres de las criaturas (8).

Las categorías identificadas como contextuales constituyen aspectos que determinan cómo, cuándo y en qué contexto tiene lugar el primer encuentro de la madre con su bebé y la forma en que comienza a desarrollarse el ejercicio de la maternidad después del parto.

El primer encuentro con el hijo o la hija, fue para la mayoría de las mujeres el momento de mayor significación emocional en el proceso reproductivo. Emanan de los estudios de caso, las entrevistas a mujeres y la observación participante, como la pérdida de una vivencia. El acto médico del nacimiento atrasa este primer encuentro, ya que los recién nacidos en primer lugar son sometidos a una rutina asistencial distantes de sus madres, lo que no es consistente con la evidencia científica al respecto (141). Esta actuación no depende de la necesidad o deseo de las madres sino de lo normado en cada hospital. En dos de los estudiados, los bebés, permanecieron recibiendo calor artificial, de 30 minutos a una hora antes de ser entregados a sus madres. La demora en poder verlos detalladamente constituyó un motivo de angustia y frustración para algunas, sentimientos que demuestran la pérdida de una vivencia, así como impotencia por la falta de participación y de decisión, lo que a su vez refuerza la invisibilidad de las mujeres. Se interpreta que ellas comprenden que ese espacio y tiempo de su hijo o hija le corresponde a los médicos ya que esperan pasivamente por recibir al bebé.

Lagarde en un estudio realizado en hospitales públicos en México identifica a la lactancia como centro del primer encuentro para la institución médica y para el 55 % de las mujeres entrevistadas (142). Resultados con los que esta investigación coincide parcialmente. Se constató a través de la orden que reciben las mujeres junto con su bebé, que para la institución es la lactancia lo que ocupa el motivo central, y se relaciona con el hecho de que los servicios observados cumplen con la condición “Hospital amigo del niño” con lo que se comprometen a apoyar la lactancia. Las mujeres, en cambio, deseaban conocer a su bebé.

El “maternaje” entendido como todas las acciones o tareas asociadas con el proceso de maternidad y que se expresa en comportamientos específicos: pérdida de horas de sueño, posposición del disfrute y de sus propias prioridades en aras del cumplimiento de la función maternal (79). En esta investigación se describió a través de la categoría ejercicio de la maternidad. A partir del análisis del discurso se interpreta que suele comenzar con la confirmación del embarazo, involucra a la pareja y al resto de la familia. Se consolida con el nacimiento del bebé, ya que todas las mujeres atendieron a las demandas de sus hijos o hijas, aún con las limitaciones físicas que producen las intervenciones en el parto, se adaptaron a las necesidades de sus bebés y aprendieron de a poco la manipulación y cuidados que debían

proporcionarles. Según varias autoras esto ocurre subconscientemente (142) y no suele ser expresado, determinado en gran medida por la idealización social de la maternidad (4; 5) y contribuye a la deconstrucción de esta como instinto.

En el ejercicio de la maternidad al interior de los hospitales todas las mujeres contaron con redes de apoyo. Dadas las restricciones para la presencia de los hombres en los servicios estudiados todas estuvieron acompañadas por mujeres, aún cuando existía el deseo e interés de los padres. Lo que contribuye a identificar brechas entre lo deseado y requerido por las mujeres y lo normado, estipulado y que acontece rutinariamente en los servicios, que todos aceptaron y subvaloraron en sus discursos debido a la normalización de la práctica.

La lactancia materna es una de las tareas que exige una gran dedicación, es proyectada por el sistema médico a través de sus beneficios, en primer lugar para el bebé y también para la mujer. Forma parte de la representación que tienen las mujeres sobre el ejercicio de la maternidad y existe la intención de realizarla exclusivamente durante algunos meses. Lo que implica que llevarán a cabo la maternidad de manera intensiva y alejadas de actividades sociales. Para *Diez*, la dedicación a las criaturas es un trabajo que transcurre en el ámbito privado del hogar y que necesita de la dedicación intensiva de las mujeres, de forma que quedan excluidas de actividades “*que promueven la autonomía personal, el protagonismo, la equipotencia y la posibilidad de una vida propia, no concebida en función de los otros*” (143). A partir de las evidencias que aporta la presente investigación y en particular del análisis de la maternidad y su ejercicio, esta autora asume la concepción de trabajo propuesta, ya que se demuestra que implica un gran esfuerzo y dedicación por parte de las mujeres y sus redes de apoyo, con importantes beneficios sociales, que requiere de aprendizaje, práctica y tiempo, de gran valor en la reproducción social, especialmente en la reproducción de la fuerza de trabajo de la sociedad.

El hecho de insertarse la atención al EPP, en el MMH, que no permite el desarrollo de la individualidad y que se caracteriza por la despersonalización de las mujeres y familiares bajo normativas previamente establecidas, esta autora considera que en alguna medida disminuye el efecto de: la formación, el nivel de conocimientos, la edad de las mujeres y las posibilidades económicas, entre otras características socioculturales y personales, en la vivencia del proceso y el primer encuentro con el hijo o la hija, que en todo caso estará determinado por lo normado, sobre lo que poco o nada pueden incidir las mujeres y sus familiares. No obstante la edad, la formación académica y la biografía personal determinaron la vivencia de la gestación en relación con el interés por otras fuentes de información además de la proporcionada por el servicio médico, la reflexión sobre la experiencia y una mayor preocupación por la formación del bebé y sus cuidados y atenciones posteriores, así como una autogestión de la atención prenatal.

La dinámica de atención fue similar en los servicios estudiados solo en términos generales ya que se

observaron diferencias que influyeron en la vivencia y percepción del proceso. En general la atención al EPP se realiza para prevenir y evitar los riesgos asociados y para ello debe ocurrir en la institución hospitalaria y a través de normas y condiciones. Estas son normalizadas a nivel de macroentorno por el sistema de salud y el programa de atención relacionado pero se materializan a nivel de mesoentorno a través de prácticas diversas.

8.3. Relación que se establece entre las mujeres y el servicio de salud.

La relación médico-paciente y el parto, fueron identificadas las categorías centrales en este análisis. La medicalización de la reproducción se consideró la categoría causal, ya el Modelo Médico Hegemónico en el que se inserta la atención al EPP determina la relación médico-paciente que tiene lugar, típica de este modelo y las características del parto, estas últimas identificadas como categorías centrales (Figura 4).

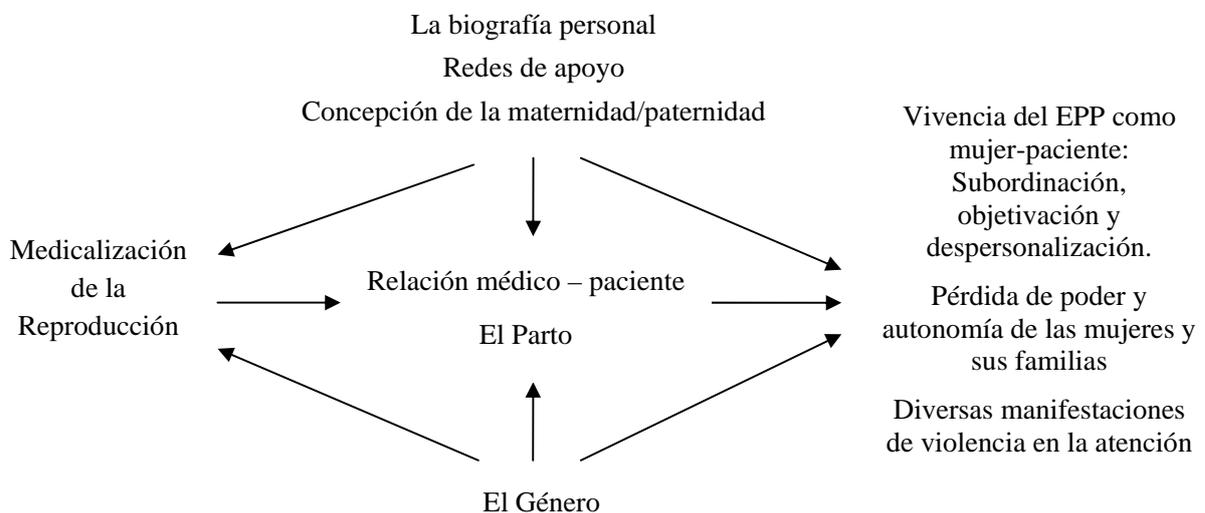


Figura 4. Relaciones entre categorías, producto de la codificación axial, que explica la relación entre las mujeres y sus familias con el sistema médico.

A lo largo de esta investigación y desde el discurso de todos los protagonistas en el EPP y con la observación como fuente de constatación, se evidenció que las mujeres no suelen ser informadas, al menos no durante todo el proceso ni con el nivel de profundidad que requieren. Por lo general solo reciben las explicaciones que solicitan. Por lo que se asume que en la representación de los profesionales las mujeres no comprenden el lenguaje médico, técnico, ni la razón de las intervenciones y desde una perspectiva antropológica se interpreta que contribuye a su subordinación, objetivación y despersonalización. La información y el conocimiento pertenecen al sistema médico y sus profesionales, quienes deciden en cada caso qué, cómo y cuánto conocimiento proporcionar, ya que posee el control de los métodos y técnicas necesarios para el logro de un resultado favorable. Lo que se corresponde con el concepto de conocimiento autorizado propuesto por Jordan (47), y contrasta con elementos considerados en el Programa de Maternidad y Paternidad Responsables, asumido por la Salud Pública Cubana desde

1992 (84), refiere brechas en la atención y debe ser considerado foco de investigaciones posteriores.

La representación de las mujeres como pacientes, resultado de la atención del proceso por el MMH y por tanto la manera en que tiene lugar la práctica y sus significados, compartidos por todos los protagonistas del evento, constituyen evidencias que apuntan hacia la medicalización de la reproducción y su aceptación de la definición médica del nacimiento, que acentúa el aislamiento de las mujeres y el manejo tecnológico. Esto conduce a la cualidad de su participación en la que pierden la capacidad de decisión, por la desconfianza en sus cuerpos y en su capacidad biológica para parir, lo que no constituye un problema para ellas, que se entregan al servicio médico y “colaboran”.

Se evidenció en esta investigación, que cuando las mujeres hacen lo que les indica el personal médico, es cuando hacen lo correcto, hacen las cosas bien y se portan bien, a través de la actitud disciplinada que de ellas se espera. Esto significa que cooperen y faciliten el trabajo de los profesionales, o se autocensuren si no hicieron lo correcto. El ser disciplinada por lo general se interpreta como “ser paciente” y significa el reconocimiento del “no saber” y la necesidad por tanto de acatar lo que se les indica, devenido esto de entender la orientación médica como el “conocimiento autorizado”. En el servicio médico recae la autoridad para tomar todas las decisiones, representación y práctica compartida por profesionales y usuarias/os de los servicios observados, presente en el discurso de mujeres y médicos, en el que se evidencia que comparten los mismos supuestos culturales al respecto.

Lo anterior, se considera parte de la pérdida de poder de la mujer y su familia y limita su autonomía. Lo que a juicio de *Sadler* significa que se convierten en cómplices de su propia subordinación (5). El comportamiento de las mujeres (y su familia) a consideración de esta autora es consecuencia de la medicalización del EPP, su patologización y los discursos de riesgo asociados, las concepciones y representaciones que a través de la atención prenatal transmiten los profesionales a las mujeres como restricciones y dudas sobre la gestación y con estas, la necesidad de los cuidados médicos, que fue evidente en los discursos de todos los protagonistas en el proceso. En general se demuestra que son tratadas como enfermas aún cuando para los profesionales no lo son y ellas no se sienten como tal.

Resultados similares han sido descritos en otras investigaciones que plantean que la monopolización de la información por parte del sistema médico, el control total de las técnicas y el poder que socialmente se le ha otorgado en la definición de la salud y la enfermedad unido a las relaciones jerárquicas e infantilizadoras, anula el saber y la confianza de las mujeres en ellas mismas (38) y como consecuencia, tienen mayor dependencia de los especialistas. En esta dinámica de “ser pacientes” es difícil que puedan tomar decisiones o ejercer alguna autonomía (4). De modo que sitúa a las mujeres en la posición de “objeto”, hecho referido en los discursos de los expertos, que las mujeres subconscientemente ocultan en su descripción, como parte de la normalización de las prácticas que generan la objetivación y que se

evidenció en la observación a través de una práctica que supone la ausencia del sujeto, que durante el curso de la atención no puede ejercer su personalidad. Tema de marcado interés teniendo en cuenta lo reflejado al respecto en la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.

Sadler, en el 2001, identifica una serie de mecanismos que operan en la atención hospitalaria al nacimiento en la ciudad de Santiago de Chile, que se ponen de manifiesto en la presente investigación y son consecuencia de la atención por el MMH y la subordinación de las mujeres, estos son: homogeneización, patologización, fragmentación, naturalización, contaminación y culpabilización (5). En la presente investigación se evidenció como todas las parturientas fueron nombradas de manera impersonal, por diminutivos que las homogenizan y las infantiliza, despojadas de sus ropas, sometidas a procedimientos estandarizados, por estar en la misma condición, sin considerar diferencias identitarias individuales ni socio-culturales. Las mujeres fueron transformadas en pacientes, es decir en enfermas; solamente se tuvieron en cuenta sus síntomas físicos, relativos al cuerpo y en ninguna o mucha menor medida sus emociones, percepciones subjetivas, conocimientos, ya que el personal médico, sigue la evolución del parto a partir de la monitorización electrónica, la dilatación o la observación de las contracciones fundamentalmente. Esto no siempre constituyó una fuente confiable y en nuestra investigación se evidenció ya que una de las mujeres tuvo a su niña en pre-parto, otras dos refirieron que estaban pariendo, no fueron atendidas con prontitud y su criterio era válido. La falta de explicaciones y de comunicación en general indica, según el análisis ofrecido por *Sadler*, que se las concibe como en un estado poco racional, más próximas a la naturaleza que a la cultura, por estar viviendo un proceso que remite a procesos fisiológicos naturales comunes a las hembras de las especies animales y como tal son incapaces de entender razones y son infantilizadas (5), lo que alude además al orden simbólico de género en que se basa la subordinación de las mujeres (66). Por otro lado considera *Sadler* que el personal médico se exime de responsabilidad, acusando a las que no cooperan adecuadamente, que interfieren el proceso y son inculpadas por los problemas y las dificultades que puedan presentarse durante el parto (5), lo que en la presente investigación se evidenció sobre todo en los periodos expulsivos que fueron considerados demorados según la definición clínica del parto y ante posibles problemas en las suturas de las episiotomías.

Este análisis en general aporta elementos para confirmar las distintas formas de violencia que operan en la atención, en particular la violencia simbólica previamente enunciada en la que, los sometidos aplican a las relaciones de dominación unas categorías construidas desde el punto de vista de los opresores y las hacen parecer como naturales, lo que puede llevar a una especie de autodenigración sistemática, generalmente visible en la adhesión a una imagen desvalorizada de la mujer (139) forma en la que el proceso de atención al EPP pasa a ser parte de la cultura en relación al nacimiento y que en la presente

investigación se evidenció incluso en los relatos de aquellas mujeres que refirieron un buen trato y una buena atención, ya que la falta de información y de explicaciones, de consentimiento para intervenciones médicas, la poca privacidad e intimidad, así como a través de todas las formas de obtención de datos, el trato infantilizado, indiferenciado, entre otros elementos así lo confirman. Violencia que en algunos casos se evidenció además como física y verbal, ejemplificados en el abuso de episiotomías, gestos fuertes y bruscos en las piernas, gritos y amenazas.

En este punto del análisis resulta válido aclarar que no es intención de la autora ofrecer una perspectiva negativa de la atención al nacimiento. Fueron evidentes diferencias entre los servicios observados y en todos conocimos profesionales que incorporan en sus discursos la necesidad de la humanización, algunos de los cuales fueron entrevistados en la presente investigación. No obstante, son frecuentes tratos en los que las mujeres son violentadas, que por lo general no se tienen en cuenta ya que no afectan el resultado esperado y deseado por la biomedicina, una madre y un bebé fisiológicamente sanos.

La fractura, desarticulación o en general aspectos desfavorables descritos en la presente investigación son visibles desde la Antropología Médica Crítica (AMC), el más reciente paradigma de la Antropología Médica que tiene sus raíces en la filosofía marxista. Este pone especial énfasis en la democratización de la salud, a partir del análisis de las relaciones de poder establecidas al interior de los sistemas médicos como expresión de las relaciones de dominación propias del sistema económico capitalista. Se aplica con la intención de superar las relaciones tradicionalmente establecidas entre el sistema médico oficial (sistema médico hegemónico) y los sistemas médicos alternativos y en lo referido a la participación de los usuarios en cuanto a ciudadanos y sujetos de salud, en los procesos de definición de sus necesidades y de los medios adecuados para satisfacerlas (90). El análisis del proceso reproductivo desde esta perspectiva tiene la utilidad de entregar análisis cuidadosos de los servicios de atención al nacimiento con vistas a aplicar directamente esta información en función de lograr una mayor calidez y el empoderamiento de las mujeres y familiares. Tema de alguna manera reflejado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, contexto en el que la mejoría de la salud materna, neonatal e infantil se ha convertido en un imperativo ético y político (144).

En general el análisis aporta suficiente evidencia para considerar de manera perentoria la re – conceptualización de la relación médico – paciente hacia la de médico – gestante, considerando una mayor participación de las mujeres (y sus familias) en el proceso de atención al EPP, con una menor medicalización y la consecuente disminución de intervenciones.

8.4. Perspectiva de género en el estudio del embarazo, el parto y el puerperio

La perspectiva de género en esta investigación permitió analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres en el proceso del EPP. Como categoría limita o mediatiza los

análisis anteriores y su explicación en particular deriva del diagrama representado en la figura 5.

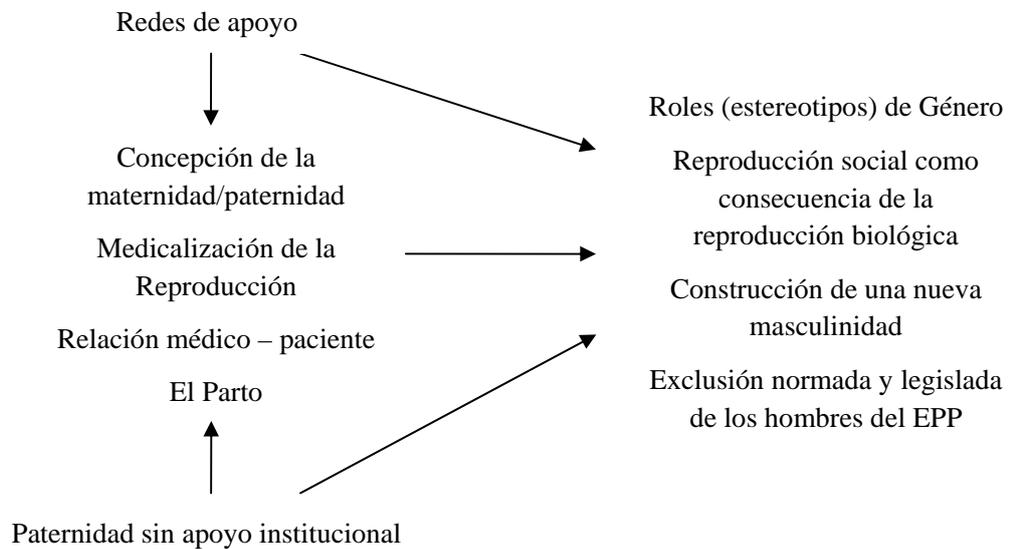


Figura 5. Relaciones entre categorías, producto de la codificación axial, que explican cómo el género atraviesa la definición y comprensión del EPP y los modelos de maternidad y paternidad.

Las concepciones de la maternidad y la paternidad se identificaron como categorías centrales en este análisis. Según *Montes Muñoz*, mujeres y hombres se preparan para recibir a su hijo y sobre todo en los primeros meses, aceptan los roles socialmente pautados. La maternidad se enmarca culturalmente en las relaciones de género en las que a mujeres y hombres se les asignan las tareas y responsabilidades en el cuidado de los hijos e hijas. Para las mujeres se entiende socialmente que posee un componente natural, que incluye emociones, afectos y que integra las obligaciones relacionadas con el cuidado del recién nacido (4). Esta representación determina que a la reproducción biológica le siga ineludiblemente la reproducción social, aún cuando es bien conocido que los cuidados que requiere un recién nacido pueden ser proporcionados por cualquier persona. De modo que desde esta perspectiva se concibe a las mujeres esencialmente como madres y cuidadoras.

Este hecho cobra especial importancia si se tiene en cuenta que el cuidado como deber de género es uno de los mayores obstáculos en el camino a la igualdad por su inequidad. Los roles de cuidadoras, no sirven a las mujeres para su desarrollo individual y moderno y tampoco pueden ser trasladados del ámbito familiar y doméstico al del poder político institucional. Este rol sumado a las necesidades sociales y económicas de participar en procesos educativos, laborales y políticos del mundo moderno (el deber ser) las coloca en una relación inequitativa entre cuidar y desarrollarse (145).

Resultados de varias investigaciones plantean que no existe una relación lineal entre masculinidad y función paterna, ni entre feminidad y función materna. Los roles y funciones pueden intercambiarse, sustituirse y dentro de algunos límites hacerse equivalentes (146).

La medicalización, la relación médico-paciente y el parto, fueron también identificadas como categorías centrales. **Ambas tributan** a la consolidación de la división sexual del trabajo y de los roles de género asociados a la maternidad, que se concibe como un asunto de mujeres. El contexto del MMH en el que tiene lugar el nacimiento determinó poca participación, gestión y autonomía de las gestantes, que durante el curso por el EPP, ocuparon una posición subordinada en la que fueron objeto de la atención. La institución médica centró la responsabilidad del proceso en la figura de la mujer/madre y la participación de los hombres en este contexto fue limitada dadas las restricciones institucionales existentes. De modo que la atención tal y como está concebida refuerza los roles femeninos asociados a la maternidad en detrimento de la fomentación de los masculinos. En general se inserta en un sistema de subordinación y violencia por razones de género, que reafirma el rol reproductor de las mujeres a través de mecanismos de control y poder, con el dolor y el sufrimiento como inherentes a la función maternal, como ya se discutió anteriormente.

A través del discurso de las mujeres y la observación participante se evidenció en alguna medida la incorporación de los hombres en los procesos relacionados con el nacimiento. La paternidad comenzó a construirse para la mayoría desde la gestación y su implicación dependió de las condiciones laborales, nivel académico y de información de ambos miembros de la pareja. Su presencia fue mayor en el momento del nacimiento en el que cumplieron con roles de proveedor fundamentalmente. Para la mayoría de las mujeres están incluidos entre sus redes de apoyo y su participación en el contexto hospitalario no fue mayor dadas las limitaciones impuestas en los hospitales, etapa en la que su aporte consistió fundamentalmente en garantizar ciertas condiciones tanto en la sala de puerperio como posteriores al alta hospitalaria.

En el discurso de los médicos y en alguna medida en el de las mujeres, se evidenció que la presencia de los hombres no es estimulada por los servicios de salud, lo que se constató en la observación participante. Esto, sumado a la ausencia de protección legal para participar en la asistencia sanitaria al EPP tiene como consecuencia que su participación sea asumida como escasa o deficiente. En este hecho considera la autora, descansa la contradicción entre los discursos de expertos y usuarias/os. El contexto en el que los primeros se desempeñan y a partir del cual construyen su representación en torno a la maternidad y la paternidad no estimula la presencia y participación de los hombres. En algunos casos entrevistados y observados, era interés o necesidad de las parejas participar juntas. La negación de la institución hospitalaria una vez más evidencia una brecha entre lo que las parejas esperan y desean y lo que les es permitido, que además implica la pérdida de una vivencia. De esta manera se acentúa el sistema médico como autoritario en detrimento del protagonismo que deben desarrollar las parejas durante el proceso reproductivo y desde el punto de vista institucional se refuerzan los roles reproductivos en la figura femenina, lo que se constató además a través de la legislación revisada. La exclusión de estos del espacio

hospitalario donde comienza el ejercicio de la maternidad consolida a la reproducción social como consecuencia de la biológica y de esta manera perpetúa los ancestrales roles de género asociados a la maternidad, a la vez que funciona en detrimento de la formación de una nueva paternidad, más responsable. Lo que no es consecuente con el Programa de maternidad y paternidad responsables y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Beijing, 1994. Que promueven la necesidad de examinar las formas de participación masculina en la vida familiar; una de las cuales se corresponde con el ejercicio de la paternidad e incluye desde la decisión de tener hijos, el embarazo, el parto, el posparto, el cuidado y la crianza en general.

Por otro lado fue evidente en las entrevistas y observación participante la exteriorización de sentimientos por algunos hombres ante la presencia del hijo o la hija, lo que hace referencia en alguna medida a la superación de estereotipos, ya que esta no es una actitud típicamente masculina. Por lo que se considera que el nacimiento de un hijo o hija en el que se ha demostrado su implicación constituye un punto de partida con posibilidades de éxito en la construcción de una nueva masculinidad.

El Artículo 5 de la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”, indica que los Estados tienen la responsabilidad de impulsar las medidas que sean necesarias para modificar patrones socioculturales que estén basados en funciones estereotipadas de hombres y mujeres. Los indicadores escogidos para medir el grado de realización de este derecho buscan reflejar: 1) las medidas que el Estado está llevando adelante para asegurar que las mujeres puedan participar en condiciones de igualdad en el trabajo productivo y si se reconoce, valora y protege el trabajo de reproducción; 2) si las mujeres cuentan con las mismas oportunidades que los hombres cuando participan en el trabajo productivo; y 3) si hombres y mujeres participan por igual en la esfera del trabajo reproductivo (147; 148). Tener en cuenta el tercer indicador, en relación con la atención al EPP, resulta perentorio en nuestro contexto, ya que el poco apoyo institucional a los hombres para participar en el proceso, desde lo legislado y desde lo normado en los servicios implica que no se promueve la igualdad y se perpetúan las representaciones del sistema de género tradicional. De la manera que está organizada la atención al EPP a los hombres se les está negando el derecho a participar. Es un proceso en el que deberían poder decidir en igualdad de condiciones que las mujeres ya que es un protagonista más y como tal debe tener deberes y derechos. Es una desigualdad que constituye una inequidad por razones de género, con implicaciones negativas tanto para hombres como para mujeres. Razones por la que este hecho fue considerado limitante en el análisis.

Según *Fernández Rius* (149), la distribución de los roles en el hogar sigue siendo sexista. Ello ha profundizado las condiciones para que la pareja y la familia se conviertan en el medio más efectivo para acentuar la violencia, el autoritarismo, la intolerancia y la explotación del trabajo de las mujeres. En la

presente investigación, además de la participación de los hombres en los eventos más próximos al nacimiento, se evidenció una inserción mayor de estos en el espacio privado, al menos durante la gestación. Lo que emergió a través de las declaraciones sobre la “ayuda en la casa” por lo que se entiende que los hombres no suelen asumir una corresponsabilidad de las tareas reproductivas, esto se considera implica una redefinición de los roles que el hombre y la mujer han desempeñado durante décadas pero constituye una cuestión cultural que aún requiere educación, con vistas a evitar la perpetuación de los estereotipos comunes aún en la sociedad para cada uno de los sexos y lograr la responsabilidad compartida en este ámbito.

A juicio de *Salguero*, una nueva paternidad sería aquella basada en una relación más equitativa entre géneros y generaciones, que implicaría la participación compartida, comprometida y responsable de los varones en una amplia gama de aspectos vinculados con la experiencia de ser padres, desde la toma de decisión de tener y cuándo tener los hijos, la presencia y participación masculina en las diferentes etapas de la gestación y procreación, así como en la crianza y educación de los hijos e hijas, el reconocimiento y sensibilización a las necesidades de la pareja en el proceso de criar y educar de manera compartida, así como la disposición para establecer procesos de negociación que implicarían comunicación, diálogo constante y compartido (83). En la presente investigación, en términos generales, se evidenció cierta deconstrucción de los patrones patriarcales históricamente acentuados en nuestra sociedad que aporta elementos hacia la definición de una nueva masculinidad y se considera consecuencia de los cambios que a nivel macro han tenido lugar en Cuba y que paulatinamente se han traducido en una nueva forma de vivir y experimentar por la persona los roles asociados al género.

Las redes de apoyo fueron consideradas como una categoría contextual en este análisis. La mayoría de las descritas por las entrevistadas fueron sólidas y muy bien valoradas por ellas, aunque en algunos casos introdujeron ambivalencias en la familia. Fueron básicamente femeninas, aunque para la mayoría sus compañeros estaban incluidos. Las mujeres de la familia, fundamentalmente las madres tuvieron una participación muy activa, a través de la cual y sobre todo bajo el supuesto de la experiencia, reprodujeron y transmitieron a sus hijas concepciones ancestrales relacionadas con la maternidad, que por lo general excluyen a los hombres. De modo que como plantea *Lagarde*, más allá de los cambios en la sociedad, en la masculinidad y en la feminidad, la ideología genérica patriarcal está vigente y estructura identidades. Es una ideología fosilizada porque expresa y sintetiza separaciones simbólicas inmutables que no corresponden a la complejidad genérica de los sujetos (150).

El análisis anterior invita a continuar el estudio crítico y la elaboración y fundamentación de acciones que progresivamente contribuyan a desmontar la cultura patriarcal en aras de construir relaciones de pareja y sociedades más igualitarias y democráticas.

8.5. El enfoque fisiológico en la atención al embarazo, el parto y el puerperio. Propuesta de intervención.

Teniendo en cuenta los resultados de investigaciones que comparan distintos sistemas de atención al EPP, la evidencia científica disponible sobre la atención al parto normal y el hecho de que la mayoría de los países con los más bajos índices de morbilidad materna e infantil son aquellos que han incluido en los sistemas de atención del parto, casas especiales, clínicas de parto natural y el parto en casa, así como las experiencias de atención en Chile y Argentina, con maternidades centradas en la familia, resulta perentorio buscar alternativas y opciones basadas en modelos asistenciales diferentes a los hegemónicos para la atención al EPP, en concordancia con las preferencias individuales, para que las mujeres y sus familias tengan opciones para elegir la forma en que será atendido su EPP.

A partir de la evidencia obtenida en la presente investigación y como punto de partida, teniendo en cuenta su carácter inaugural, se enuncian algunas estrategias al respecto:

Incluir el enfoque fisiológico en la atención al EPP, lo que significa entenderlo como un proceso normal y natural, e implica simplificar los procedimientos e intervenciones que de manera rutinaria se utilizan, a través de una práctica humanizada que aporte mayor calidez a la calidad asistencial que se brinda. Como vía para considerar el EPP una experiencia digna y gratificante, en la que las mujeres y sus familias sean respetadas y se tengan en cuenta sus deseos, lo que pasa además por reconocer y comprender la diversidad que existe entre las mujeres.

Centrar la perspectiva del proceso en su dimensión fisiológica y reconocer su valor como acontecimiento trascendente en la vida de las mujeres y sus familias, implica que solo debe intervenir cuando se advierten o presentan desviaciones de la normalidad y que el personal de salud proporcione confianza, seguridad, intimidad, privacidad y respeto a las decisiones de las mujeres, para que se sientan responsables y protagonistas del proceso reproductivo. Ofrecer atención personalizada según las necesidades de cada mujer y su familia, según su biografía personal y concepciones sobre el EPP, siempre que no comprometan los resultados del proceso.

A través de esta investigación se evidenció que el discurso médico resulta hegemónico y omnipotente, por lo que la autora considera que una postura médica modesta, sensible, en la que se evidencie en menor medida el poder que ejercen los profesionales y en la que se reconociera el saber de las mujeres, permitirá compartir con ellas, sus compañeros y redes personales, tareas y responsabilidades que alivien la presión médica en el control del proceso y contribuyan a fomentar una maternidad y una paternidad más responsable desde etapas tempranas del proceso, para lo que debería modificarse la ideología que socialmente expresa la institución médica, ya que en la medida que aumenta la medicalización disminuye el control, autoridad y con esto el protagonismo que las mujeres y sus familias pueden tener sobre el

proceso reproductivo. Para ello es necesario implementar una serie de estrategias que contribuyan a: 1) fortalecer en la formación del personal de salud el enfoque médico social, que integra la biología y el contexto social, rescata procesos naturales y estimula la participación del paciente como sujeto activo en el proceso de atención; 2) aumentar la información que en relación al EPP poseen las mujeres y sus familias; 3) crear espacios de diálogo entre el personal de salud y las mujeres, para que sus experiencias y percepciones constituyan fuentes de información en la elaboración de normas y protocolos relacionados con el proceso.

Los discursos médicos en lugar de enfatizar en el riesgo, deben aportar hacia una representación de confianza en el cuerpo y la naturalidad del proceso, que estimule a las mujeres a tener una participación activa en la toma de decisiones. Este constituye un elemento esencial para que sean menos dependientes de la atención, mejoren sus estilos de vida y asuman actitudes responsables ante el EPP, lo que conducirá a que disminuya la necesidad de control y vigilancia por el sistema de salud y sus profesionales. A través de una información asequible y sencilla que les permita tomar decisiones sobre su salud, según los referentes de las mujeres, con el cuidado de no responsabilizarlas y centrar exclusivamente en ellas y no en las parejas el tránsito por el proceso, lo que pasa por evitar tratos infantiles y paternalistas que limiten sus capacidades de decisión, a través de una relación más igualitaria y horizontal entre parejas y profesionales.

Reconocer al EPP como un proceso de parejas y de familias, que se articula con factores sociales y culturales, para lo cual resulta perentorio permitir el acceso de los hombres a los espacios donde tiene lugar el parto y acompañar a sus compañeras durante las consultas y estancias hospitalarias.

Fomentar el diálogo entre profesionales y usuarios, que contribuya a que las parejas piensen cómo desean el parto, en base a la información que necesitan para ello y que esto pueda llevarse a vías de hecho. En este sentido resulta necesario superar la desarticulación existente entre la APS y la atención secundaria, lo que permitirá utilizar los espacios que contiene la APS para promover prácticas como la preparación para el parto, el acompañamiento y la lactancia, entre otros elementos que requieran las parejas.

Una revisión de las áreas disponibles en los hospitales de maternidad y una redistribución de las mismas pudiera contribuir a: crear espacios más íntimos para las parejas que así lo requieran y crear salas de parto natural con un número mínimo de intervenciones, que estarían por cercanía accesibles a los cuidados de emergencias en caso que se requieran. Teniendo en cuenta que esas instalaciones reciben hoy en día un menor número de mujeres que el que atendían cuando fueron concebidas, debido a los cambios en la fecundidad que experimenta la sociedad cubana.

Conclusiones y Recomendaciones

El embarazo, el parto y el puerperio es un proceso biocultural diverso caracterizado por: gestaciones que no suelen planificarse, con una mayor responsabilidad de la mujer y la articulación de fuertes redes de apoyo; con una concepción médica socialmente aceptada y compartida por todos los/as participantes.

El embarazo, el parto y el puerperio constituyen un problema de salud concreto para las mujeres y sus familias, que en su representación y práctica asumen que requiere ineludiblemente de la atención biomédica especializada.

Según la edad, la formación académica y la biografía personal de las mujeres y sus familias se identifican comportamientos diferenciales en cuanto a la búsqueda de información adicional sobre el proceso, el razonamiento de la experiencia, la autogestión de la atención y una mayor preocupación por el parto, la formación del o la bebé, sus cuidados y atenciones después de nacido.

La vivencia del EPP emerge como ambivalente a través de elementos positivos y satisfactorios relacionados con la representación social de la maternidad pero también con sacrificio y malestar en relación con síntomas físicos y preocupación por la figura, por el evento del parto, la formación del bebé y sus cuidados posteriores.

La gestación y el parto poseen una connotación negativa y asociada a problema que se consolida a través de la práctica médica con la concepción de riesgo, el control y las restricciones en la vida diaria y la falta de información a las mujeres y sus familias, con lo que se genera dependencia de las mujeres hacia el servicio de salud, pérdida de autonomía y desconfianza en sus cuerpos.

Emergen durante el EPP manifestaciones de una fractura entre lo esperado y deseado por las mujeres y sus familias y lo normado y que acontece rutinariamente en los servicios de atención.

Emergen de la atención al embarazo y el parto diferentes manifestaciones de violencia hacia las mujeres y sus parejas a través de prácticas y normas de la institución médica y sus prestadores.

La forma en que es atendido el EPP y el comportamiento de los prestadores de salud colocan a las mujeres en una situación de subordinación que provoca su objetivación.

Los roles de género en los cuales la mujer es la cuidadora por excelencia y la responsable de la reproducción y los hombres son relegados de esta, se refuerzan y consolidan institucionalmente desde lo legislado y desde la atención al EPP como está organizada.

Emerge una nueva masculinidad a través de la mayor implicación de los hombres en el EPP, de su mayor inserción en el espacio privado y de la exteriorización de sentimientos asociados al nacimiento de un hijo o hija.

Se recomienda:

Realizar investigaciones transdisciplinarias, que con un enfoque integral describan la realidad de los servicios de partos en cada contexto particular del país, con el criterio de las mujeres como fuente de información.

Analizar crítica y detalladamente el nivel de cumplimiento de las recomendaciones propuestas por la OMS en la declaración de Fortaleza, teniendo en cuenta el valor de la institución que las propone y los criterios a su favor presentes en la literatura.

Garantizar la información a mujeres y familias sobre el proceso que viven, así como la preparación para el parto y la maternidad, con la suficiente información para que las mujeres y sus compañeros puedan decidir sobre lo que se les indica y respetar la negación en caso de que así lo consideren.

Personalizar la atención prenatal para cada pareja, lo que podría suponer un reajuste del número y tipo de consultas y exámenes médicos que reciben las mujeres.

Fomentar institucionalmente la construcción de una mejor maternidad y paternidad y una nueva masculinidad con el estímulo para la presencia de los futuros padres en el proceso de atención de su compañera teniendo en cuenta el reconocimiento de sus necesidades afectivas y físicas y con una mayor protección legal a este, en lo que pudiera acercarse a una licencia de paternidad con mayor libertad de elección y participación

Referencias Bibliográficas

1. Blázquez MI. Aproximación a la Antropología de la reproducción. *Revista de Antropología Iberoamericana* [serie en Internet]. 2005 Jul-Ago [citado 10 Jul 2007]; (42):[aprox. 25 p.]. Disponible en: <http://www.aibr.org/antropologia/aibr/>
2. Villalobos H. Procesos bioculturales en México: embarazo/parto/puerperio, sexualidad y muerte. Multimedia Servicios de Salud con Calidad Intercultural en Pueblos Amerindios [CD-ROM]. México, D.F.: Yolpahtli S.C; 2003.
3. Davis-Floyd R, Sargent C. *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. California: California Press; 1997.
4. Montes-Muñoz MJ. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos [tesis]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2007.
5. Sadler M. Así me nacieron mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario [tesis]. Santiago: Universidad de Chile; 2003.
6. Ortiz T. Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía. *Dynamis. Acta Hist Med Sci Hist Illus*. 1996;16:109-20.
7. Le Breton D. *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral; 1999.
8. 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]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2009.
9. Martín A. *Antropología del género: culturas, mitos y estereotipos sexuales*. Madrid: Cátedra; 2006.
10. Lorenzano C. La estructura teórica de la medicina y las ciencias sociales. En: Rodríguez MI. *Lo biológico y lo social, su articulación en la formación del personal de salud*. Washington, D.C.: OPS; 1994. p. 35-61.
11. Martínez-Hernández CM. Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico social. *Rev Cubana Salud Pública* [serie en Internet]. 2006 [citado 21 Dic 2009];32(1):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v32n1/spu13106.pdf>
12. Camacaro M. La experiencia del parto. Proceso de la mujer o acto médico. Maracay: Universidad de Carabobo; 2000.
13. Rosetta L. Reproducción humana: una adaptación fisiológica al modo de vida y al ambiente. En: Rebato E, Susanne Ch, Chiarelli B, editores. *Para comprender la Antropología Biológica. Evolución y Biología Humana*. Navarra: Verbo Divino; 2005. p. 629-35.

14. Santisteban S, Oliva J. Semiología obstétrica. En: Rigol O. Ginecología y Obstetricia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 55-72.
15. Velazco A, Rigol O. Puerpero normal. En: Rigol O. Ginecología y Obstetricia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 107-11
16. Pattenden S, Dolk H, Vrijheid M. Inequalities in low birth weight: parental social class, area deprivation, and "lone mother" status. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53(6):355-8.
17. Klebanoff MA, Shiono PH, Rhoads GG. Outcomes of pregnancy in a national sample of resident physicians. *N Engl J Med*. 1990; 323(15):1040-5.
18. Dinh PH, To TH, Vuong TH, Hojer B, Persson LA. Maternal factors influencing the occurrence of low birthweight in northern Vietnam. *Ann Trop Paediatr*. 1996;16(4):327-33.
19. Hiroshige Y, Furuta M, Matsuda S, Kahyo H. The relation between birth weight and paternal occupation. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*. 1994;41(7):653-7.
20. Marrero ML. Embarazo y trabajo. Factores que los relacionan. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* [serie en Internet] 2008 Jul-Dic [citado 3 Mar 2009];9(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol9_2_08/rst10208.html
21. Fray Bartolomé de las Casas. Historia de las Indias. Vol II. Madrid: 1875.
22. De Gordón y de Acosta AM. Medicina indígena de Cuba y su valor histórico. *Cuad Hist Salud Pública* [serie en Internet] 2008 Jul-Dic [citado 18 Ene 2009]; (104):[aprox. 24 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/his/his104/his03104.htm>
23. Le Roy LF. Fray Gerónimo Valdés. Obispo de Cuba. Su vida y su obra. La Habana: Vida Habanera; 1963.
24. Delgado G. Los hogares maternos: su fundación en Cuba y objetivos propuestos desde su creación. *Cuad Hist Salud Pública* [serie en Internet] 2007 Jun [citado 18 Jun 2008]; (101):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_%20101/hissu101.htm
25. Rivero de la Calle M. Actas Sociedad Antropológica de la isla de Cuba. La Habana: UNESCO; 1966.
26. Berriot-Salvadore E. El discurso de la medicina y de la ciencia. En: Duby G, Perrot M, editores. Historia de las mujeres, Vol -3: Del Renacimiento a la Edad Moderna. Madrid: Taurus; 1992. p. 371-424.
27. Rich A. Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución. Madrid: Cátedra; 1976.

28. Knibiehler Y, Fouquet C. La femme et les médecins. Analyse Historique. Paris: Hachette; 1983.
29. O'Dowd M, Philipp E. Historia de la ginecología y la obstetricia. Barcelona: Edika Med; 1998.
30. Towler J, Bramall J. Comadronas en la historia y en la sociedad. Barcelona: Masson; 1997.
31. Reina G. Cómo protegernos de los riesgos reproductivos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
32. De Hoyos L. Folklore del embarazo en España. Anales de la Asociación Española para el Progreso. 1942;7:821-7.
33. Sadler M. Los hombres también se emocionan. Género y escenario del parto. Participación de hombres populares en el nacimiento de sus hijos e hijas [tesis]. Santiago: Universidad de Chile; 2004.
34. Foucault M. La vida de los hombres infames. Madrid: La Piqueta; 1990.
35. Zola IK. El culto a la salud y la medicina inhabilitante. En: Ilich I, Zola IK, McKnight J, Caplan J, Shai-ken H, editores. Profesiones inhabilitantes. Madrid: Blumen; 1981. p. 37-59.
36. Menéndez E. Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones. México, D.F.: Ediciones de la Casa Chata 179; 1990.
37. Juan Jerez M. Crear el nacimiento: La medicalización de los conflictos en la reproducción. REIS 1991;53:29-51.
38. Narotzky S. Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales. 1ra ed. Madrid: CSIC; 1995.
39. Helman C. Culture, Health and Illness. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1994.
40. Menéndez E. Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud 2da ed. México, D.F.: Cuadernos de la Casa Chata 86; 1984
41. Vargas LA, Casillas LE. Perspectiva antropológica de la consulta médica: entre la ciencia y el arte de la medicina. En: Tena C, Hernández Orozco F, editores. La comunicación humana en la relación médico-paciente. México, D.F.: Editorial Prado y CONAMED; 2007. p. 79-110
42. Menéndez E. El Modelo Médico Hegemónico. Estructura, función y crisis. En Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica. México, D.F.: Alianza Editorial Mexicana; 1990. p. 83-118.
43. Davis-Floyd RE. The Technocratic body: American childbirth as cultural expression. Soc Sci Med. 1994;38(8):1125-40.

44. Martin E. *The woman in the body: A cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press; 1987.
45. Fuentes M. Salud reproductiva y salud integral de las mujeres. Reflexiones desde la práctica en Asistencia Sanitaria. En: Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral MJ, Fernández T, Yago T, editores. *Perspectiva de género en salud*. Madrid: Minerva; 2001.
46. Taussing M. La reificación y la conciencia del paciente. En: Taussing M, Castillejo A. *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como un sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona: Gedisa; 1995. p. 110-43.
47. Jordan B. *Birth in four cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Montreal: Eden Press Women's Publications; 1993.
48. Ehreulich B, English D. *Brujas, Comadronas y Enfermeras. Historia de las Sanadoras*. Barcelona: La Sal; 1988.
49. Actualidad Últimas noticias [página web en Internet]. JANO.es y agencias: Medicina y humanidades [actualizado 11 Oct 2007; citado 21 Mar 2010]. Sanidad apuesta por el parto natural; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: http://www.jano.es/jano/actualidad/ultimas/noticias/janoes/agencias/sanidad/apuesta/parto/natural/_f-11+iditem-160+idtabla-1.
50. Estrada-Portales IM. De vuelta a los orígenes del nacimiento. Las parteras trabajan contra la tendencia a aumentar la tecnología en el parto. *Perspectivas de salud* [serie en Internet]. 2002 [citado 21 Mar 2008];6(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.amro.who.int/spanish/dpi/Numero12_article2_3.htm
51. Ministerio de Salud Chile; Departamento Ciclo Vital; División Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo*. Santiago (Chile): MINSAL; 2008.
52. García A, Álvarez R. *En busca de la raza perfecta. Eugenesia e higiene en Cuba (1898-1958)*. La Habana: CSIC; 1999.
53. López del Valle JA. La nacionalización de los servicios de sanidad. *Cuad Hist Salud Pública* [serie en Internet] 2006 Dic [citado 31 Jun 2008]; (100):[aprox. 88 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_100/his04100.htm
54. Martínez-Fortún JA. Algunos datos relativos a la medicina contemporánea. *Cuad Hist Salud Pública* [serie en Internet]. 2005 Jul-Dic [citado 31 Junio 2008]; (98):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_98/his0998.htm

55. Riverón R, Azcuy P. Mortalidad infantil en Cuba 1959-1999. *Rev Cubana Pediatr* [serie en Internet]. 2001 Sep [citado 2010 Sep 11];73(3):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312001000300001&lng=es.
56. Cabezas E, Castell J, Farnot U. Mortalidad materna y perinatal. En: Rigol O. *Ginecología y Obstetricia*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 243-50.
57. Situación de Salud en Cuba. Indicadores Básicos. MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2007
58. Castro R. Bases para una política nacional de humanización en la atención del proceso reproductivo. En: Muñoz H, Kaempffer AM, Castro R, editores. *Nacer en el Siglo XXI, de vuelta a lo Humano*. Santiago: MINSAL; 2001. p. 211-23.
59. Verdecia Rosés ER, Díaz García I. Repercusión perinatólogica del trabajo de parto con apoyo familiar. *MEDISAN* [serie en Internet]. 2005 Abr-Jun [citado 7 Ene 2008];9(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san06205.htm.
60. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. *Lancet* 1985;2:436-7.
61. Organización Mundial de la Salud; Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Ginebra: OMS; 1996.
62. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: The essential antenatal, perinatal and postpartum care course. *Birth*. 2001;28:202-7.
63. Moore HL. *Antropología y Feminismo*. Madrid: Cátedra; 1991.
64. Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Papeles de Población*. 1999;21:147-78.
65. Mead M. *Sexo y Temperamento*. México, D.F.: Paidós; 1990.
66. Ortner Sh. Is female to male as nature is to culture? In: Rosaldo M, Lamphere L, editors. *Woman, Culture and Society*. Stanford: Stanford University Press; 1974. p. 67-88.
67. Ortner Sh. Entonces, ¿Es la mujer al hombre lo que la naturaleza a la cultura? *Revista de Antropología Iberoamericana* [serie en Internet]. 2006 Ene-Feb [citado 10 Jul 2007]; (1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.aibr.org/antropologia/aibr/>
68. Esteban ML. Antropología, sistema médico-científico y desigualdades de género en salud. En: Esteban ML, editora. *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*.

- Bilbao: Osalde; 2007. p. 55-71.
69. Maquieira V. Género, diferencias y desigualdad. En: Beltrán E, Maquieira V, Álvarez S, Sánchez C, editoras. *Feminismos: debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Alianza; 2001. p. 127-90.
 70. Hardy E, Jiménez AL. Masculinidades y Género. *Rev Cubana Salud Pública*. 2001;27(2):77-88.
 71. Amuchástegui A. El Significado de la virginidad y la iniciación sexual: Un relato de investigación. En: Szasz I, Lerner S, editoras. *Para comprender la subjetividad: Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México; 1996. p. 137-72.
 72. Organización Panamericana de la Salud. *Equidad de género y políticas de reforma del sector salud. Guía para la preparación de informes*. Washington, D.C.: OPS; 2000.
 73. Díaz AM, Gómez F. *Los Derechos Sexuales y Reproductivos de los Varones, una reflexión acerca de la Masculinidad y los Derechos*. Santafé de Bogotá: Profamilia; 1998.
 74. Figueroa JG. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cad Saúde Pub*. 1998;14(1):87-96.
 75. Arez P. *Género, salud y cotidianidad*. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000.
 76. Nájera AG, López Arellano MB, García AA, Zurita U, Ortiz Álvarez I, Aparico Jiménez B. *Maternidad, Sexualidad y Comportamiento Reproductivo: Apuntes sobre la identidad de las mujeres*. Foro Mundial de Salud Reproductiva: Cultura, Salud y Reproducción; 1998 [citado 19 sep 2007]. Disponible en: http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/_Spanish/course.
 77. Imaz E. *Mujeres Gestantes, madres en gestación. Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas [tesis]*. País Vasco: Universidad del País Vasco; 2008.
 78. Saletti L. *Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad*. *Clepsydra*. 2008;7:169-83.
 79. Olavarría J.Y *todos querían ser (buenos) padres. Varones de Santiago de Chile en conflicto*. Santiago: Lom Ediciones; 2001.
 80. Fuller N. *Masculinidades. Cambios y permanencias*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica de Lima; 2001.
 81. Viveros M. *Paternidades y masculinidades en el contexto colombiano contemporáneo*. En: Fuller N, editor. *Paternidades en América Latina*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica de Lima; 2000. p. 53-73.

82. Calero JL, Santana F. La infertilidad como evento de frustración personal. Reflexiones de un grupo de varones de parejas infértiles. *Rev Cubana Endocrinol.* 2006;17(1).
83. Salguero MA. Feminismo: masculinidad y paternidad. *Tramas.* 2006;24:41-60.
84. Jiménez Miranda GA, Avalos Escalona FM, Sánchez Batista R. Aplicación del programa nacional de maternidad y paternidad responsables. Evaluación y control de sus acciones integrales. MEDISAN [serie en Internet]. 2005 [citado 21 Mar 2008];9(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san03205.htm
85. Vargas LA. Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer. *Gaceta Médica de México.* 1991;127(1):3-5.
86. García-Jordá D, Díaz-Bernal Z. Apuntes teóricos para un estudio de la reproducción humana desde la Antropología aplicada a la salud. Catauro. En prensa 2009.
87. Vargas LA, Casillas LE. El efecto del padecer sobre el individuo persona y el riesgo de transformar al paciente en sujeto-objeto. Primer Coloquio Nacional de Antropología y Psicología de la Dirección Nacional de Etnología y Antropología Social; 1999; México, D.F.; México.
88. Servicios de salud con calidad intercultural en pueblos amerindios. [CD-ROM] México D.F.: Yolpachtli SA; 2003.
89. Vargas LA, Casillas LE. Perspectiva antropológica de la participación comunitaria para la promoción de la salud. En: García Viveros M, editor. *Salud comunitaria y promoción de la salud.* Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS; 1999. p. 131-45.
90. Junge P. Nuevos paradigmas en la Antropología Médica [monografía en Internet]. Cuarto Congreso Chileno de Antropología; 2001 Nov [citado 7 Junio 2003]. Disponible en: <http://csociales.uchile.cl/antropologia/docs/congreso.zip>
91. Rapp R. Gender, Body, Biomedicine: How Some Feminist Concerns Dragged Reproduction to the Center of Social Theory. *Med Anthropol Q.* 4, 2001;15(4):466-77.
92. Lazarus E. What do Women Want?, issues of choice, control and class in American pregnancy and childbirth. En: Davis-Floyd R, Sargent C, editores. *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives.* California: University of California Press; 1997. p. 132-58.
93. Hasbún J. Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer: Asunto tanto del hombre como de la mujer. Documento de trabajo del Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer; 2003.
94. Genep AV, Aranzadi JR. *Los ritos de Paso.* Madrid: Alianza; 2008.

95. Browner C, Sargent C. Anthropology and Studies of Human Reproduction. En: Sargent C , Johnson T, editores. Handbook of Medical Anthropology: Contemporary theory and Method. Missouri: Praeger; 1994. p. 219-34.
96. Ginsburg F, Rapp R. Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction. Berkeley: University of California Press; 1995.
97. Artilles Visbal L. Pobreza y género. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 2007 [citado 21 Mar 2008];33(4):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
98. Iñiguez-Rojas L. Geografía y salud en Cuba. Tendencias y prioridades [monografía en Internet]. La Habana: Universidad de La Habana, Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano; 2003 [citado 21 Marzo 2008]. Disponible en: <http://www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Luisa6.pdf>.
99. Lerner S. La formación en metodología cualitativa, perspectiva del programa salud reproductiva y sociedad. En: Szasz, Lerner S, editores. Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. México, D.F.: Edición el colegio de México; 1996. p. 9-16.
100. Levi-Strauss C. Antropología Estructural. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 1970.
101. Artilles L. Contribución de los roles de género a la determinación del síndrome climatérico [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2001.
102. Artilles L, Otero J, Barrios I. Metodología de la Investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
103. Alonso LE. Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En: Delgado JM, Gutiérrez J, editores. Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Editorial Síntesis; 1995. p. 225–40.
104. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4ta ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
105. Arnau J. Métodos de investigación en las ciencias humanas. Barcelona: Omega; 1978.
106. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1994.
107. Bacallao J, Alerm A, Artilles L. Texto básico de metodología de la investigación educacional. Material de la Maestría en Educación Médica. La Habana; 2002.

108. Acuña VH. La historia oral, las historias de vida y las ciencias sociales. Historia: teoría y métodos. San José: EDUCA; 1988.
109. Callejo J. Observación, entrevista y grupo de discusión: El silencio de tres prácticas de investigación. Rev Esp Salud Pública 2002;76:409-22.
110. Lotti A, Galá MN, Rey L, Palomares E, Rodríguez R. ¿Licencia de paternidad? Trabajadores. 2 Ene 2007; Secc. Mundo Laboral: Seguridad Social.
111. Resolución No. 22/2003. Reglamento del Decreto Ley de la Maternidad de la Trabajadora. Gaceta Oficial de la República de Cuba, No. 58 (Ago 31, 2003).
112. Sguassero Y. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva: Comentario de la BSR [actualizado 28 Mar 2008; citado 27 Dic 2009]. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/es/index.html.
113. Rojas AV. Lactancia materna y factores sociales. Correo Científico Médico de Holguín [serie en Internet]. 2000 [citado 28 Marzo 2008];4(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no41/n41ori2.htm>
114. Turner B. El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social. México D.F.: Editorial Fondo de Cultura Económica; 1989.
115. Franco Suárez MC. La natalidad cubana del 2000 al 2008 según características sociodemográficas de las madres. Novedades en Población [serie en Internet]. 2009 [citado 21 Dic 2009];5(10):[aprox. 13 p.]. Disponible en: www.cedem.uh.cu/Revista/Articulos/año%205%20no.%2010_2009/2.pdf
116. Díez Mintegui C. Maternidad: ¿hecho natural?/¿Constructo ideológico? Bitarte, Revista cuatrimestral de humanidades. 1995;3(7):81-93.
117. Oficina Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Cuba 2003. La Habana: Oficina Nacional de Estadísticas; 2004.
118. Alfonso JC. El descenso de la fecundidad en Cuba: de la Primera a la Segunda Transición demográfica. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 2006 [citado 28 Mar 2009];32(1):[aprox. 19 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v32n1/spu02106.pdf>
119. UNICEF. Progreso para la infancia. Un balance sobre la mortalidad materna. New York; 2008.
120. García Benavides F, Bernabeu Mestres J, Robles González E. La transición sanitaria: una revisión conceptual. Bol Asoc Demogr Hist. 1996;14(1):117-142.

121. Juliano D. Las que saben. Subculturas de las mujeres. Madrid: Horas y Horas; 1998.
122. Ferro N. El instinto maternal o la necesidad de un mito. Madrid: Siglo XXI; 1991.
123. Osborne R. La construcción sexual de la realidad. Madrid: Cátedra; 1993.
124. Albi L. Un escandaloso modo de orientarse. Revista d estudis feministes. 2006;31:91-8.
125. Gilberti E. Tiempos de mujer. Buenos Aires: Sudamericana; 1990.
126. Lavender T, Mlay R. Posición en el periodo expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural: Comentario de la BSR [actualizado 15 Dic 2006; citado 28 Dic 2009]. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/es/index.html
127. Liljestrand J. Episiotomía en el parto vaginal: Comentario de la BSR [actualizado 20 Oct 2003; citado 28 Dic 2009]. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/es/index.html.
128. Althabe F, Belizán JM, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ*. 2002;324:945-6.
129. Klein MC. Use of episiotomy in the United State. *Birth*. 2002;29(1):74-5.
130. Figuera L, Ibarra M, Cortés R, Blasco de Oro M, Mendoza A, Velásquez G. Episiotomía selectiva versus rutinaria en pacientes nulíparas. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2004; 64(3):121-127.
131. Zeitlin J, Mohangoo A, Cuttini M; Report Writing Committee. The European Perinatal Health Report: comparing the health and care of pregnant women and newborn babies in Europe. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63:681-2.
132. Álvarez PL, Águila S, Acosta RB. Sangramiento en Obstetricia. En: Rigol O. *Ginecología y Obstetricia*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 137-163.
133. Santisteban S. Parto normal. En: Rigol O. *Ginecología y Obstetricia*. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 102-23.
134. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol & Obstet*. 2001;75 Suppl1:S5-S23.
135. Martis R. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto: Comentario de la BSR [actualizado 8 Sep 2007; citado 28 Dic 2009]. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra:

- Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancychildbirth/childbirth/routine_care/rmcom/es/index.html.
136. Johnson K, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ*. 2005;330:1416.
 137. Wolomby JJ, Tozin RR. Amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo: Comentario de la BSR [actualizado 5 Ene 2009; citado 28 Dic 2009]. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/CD006167_Wolombyj_com/es/index.html.
 138. Toro J, Zapata L. Reseña de las Jornadas El gineco-obstetra ante la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2007; 67(3): 213-4.
 139. Bourdieu P. *La Dominación Masculina*. Barcelona: Anagrama; 2000.
 140. Lagarde M. *Para mis socias de la vida*. Madrid: Horas y Horas; 2005.
 141. Puig G, Sguassero Y. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario de la BSR [actualizado 9 Nov 2007; citado 28 Dic 2009]. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/es/print.html>.
 142. Lagarde M. *El primer encuentro de la mujer con su hijo(a). Un enfoque evolutivo [tesis]*. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 2006.
 143. Díez Mintegui C. Maternidad y orden social. Vivencias del cambio. En: Del Valle MT, editor. *Perspectivas feministas desde la Antropología Social*. Barcelona: Ariel; 2000. p. 155-186.
 144. Organización Panamericana de la Salud. *Esquemas de Protección Social para la Población Materna, Neonatal e Infantil: Lecciones aprendidas de la región de América Latina*. Washington, D.C.; 2008.
 145. Lagarde M. Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. *Emakunde*. 2003;(53):10-13.
 146. Arvelo L. Masculinidad y función paterna. *Otras Miradas*. 2001;1(1):43-52.
 147. Asamblea General de las Naciones Unidas. *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)*. New York; 1979.
 148. Zapata D. Indicadores para el cumplimiento de la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. *Serie Mujer y Desarrollo*. 2007;(91):1-36.

149. Fernández Rius L. Violencia invisible o del éxtasis al dolor. *Sexología y Sociedad*. 2007;13(35).
150. Lagarde M. Identidad femenina. Actas I Congreso de Educación para el Desarrollo; 1990 Nov 20-24; Vitoria-Gasteiz, España. Madrid; 1991.
151. Rojas Ochoa F. Mis recuerdos del profesor Lajonchere. *Rev Cubana Salud Pública* [serie en Internet]. 2006 [citado 28 Mar 2009]; 32(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v32n1/spu15106.pdf>
152. Ministerio de Salud Pública. Instrucciones Metodológicas para la prevención de la morbimortalidad materna y perinatal y para la práctica de la interrupción del embarazo. La Habana: MINSAP; 1983.
153. Ley No. 62, Código Penal: Libro II; Título VIII: Delitos contra la Integridad Corporal; Capítulo VI: Aborto Ilícito (Dic 29, 1987).
154. Ministerio de Salud Pública. Reglamento a la Ley de Salud Pública. La Habana: MINSAP; 1988.
155. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Marco Conceptual de la Comisión sobre Determinantes sociales de la Salud. Ginebra. OMS; 2005

Anexos

Anexo I. Caracterización general de los expertos entrevistados

E1: Médica, Ginecobstetra, Especialista de Segundo Grado. Doctora en Ciencias Médicas. Profesora Titular y Consultante. Mayor de 75 años, con más de 45 de Servicio.

E2: Médico, Ginecobstetra. Especialista de Segundo Grado. Profesor Auxiliar. Ha ocupado cargos de dirección a nivel institucional y en sociedades científicas en Cuba y en Latinoamérica. Mayor de 65 años, con más de 40 de Servicio. Residente en Ciudad de La Habana.

E3: Médico, Ginecobstetra, Especialista de Segundo Grado. Profesor Consultante. Mayor de 70 años, con más de 45 de experiencia en la Obstetricia. Residente en Ciudad de La Habana.

E4: Médica, Ginecobstetra, Especialista de Segundo Grado. Profesora Titular y Consultante. Dra. en Ciencias Médicas. Mayor de 60 años, con 40 de Servicio. Residente en Ciudad de La Habana.

E5: Médica, Ginecobstetra, Especialista de Segundo Grado. Profesora Auxiliar y Consultante. Máster en Ciencias. 60 años, con más de 35 años de servicio. Residente en Ciudad de La Habana.

E6: Médico. Máster en Salud Pública. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular; Investigador Titular. Ha ocupado cargos de dirección a nivel provincial y nacional así como en sociedades científicas en el país y en el área latinoamericana. Mayor de 75 años, con más de 50 años de Servicio. Residente en Ciudad de La Habana.

E7: Médico, Ginecobstetra, Especialista de Segundo Grado. Dr en Ciencias. Profesor Titular y Consultante. Ha ocupado cargos de dirección a nivel institucional y nacional y en sociedades científicas. Mayor de 75 años, con más de 50 de Servicio. Residente en Ciudad de La Habana.

E8: Médico, Ginecobstetra, Especialista de Segundo Grado. Doctor en Ciencias. Profesor Titular y Consultante. Ha ocupado cargos de dirección a nivel institucional y en sociedades científicas. Mayor de 70 años, con más de 50 años de Servicio. Residente en Ciudad de La Habana.

E9: Médico, Ginecobstetra. Profesor Titular y Consultante. Ocupa cargos de dirección a nivel nacional, así como en sociedades científicas de la especialidad a nivel internacional. Mayor de 65 años, con más de 40 años de Servicio. Residente en Ciudad de La Habana.

E10: Licenciada en Enfermería. Máster en Ciencias. Profesora Auxiliar. Investigador Agregado. Ha ocupado cargos de dirección a nivel institucional, provincial y nacional. 60 años de edad, con 40 años de Servicio. Residente en Ciudad de La Habana.

Anexo II. Caracterización general de las mujeres entrevistadas y sus parejas.

Pseudónimo	Edad en años cumplidos		Situación marital	Nivel de escolaridad/Tipo de trabajo		Número de hijos/as		Convivencia familiar de la pareja
	Ella	Él		Ella	Él	Ella	Él	
Lisette	26	21	Unión consensual	Medio. Trabajo doméstico	Obrero. Físico	1	1	Madre de ella
Yamilé	24	34	Casada	Universitaria: Estomatóloga	Intelectual (Extranjero)	1	1	Madre y padrastro de ella
Lena	21	31	Casada	Medio. Gastronómica	Medio. Gastronómico	1	3	Madre de ella
Aymara	22	33	No convivientes	Medio. Estudiante universitaria	Universitario. Intelectual	1	2	Madre y hermana de ella
Evelyn	32	32	Casada	Universitaria: Lic. Enfermería. Trabajo doméstico	Medio	2	1	Madre de ella e hija mayor
Dania	30	30	Casada	Universitaria: Lic. Biología. Profesora	Universitario	3	1	Madre de ella y dos hijos anteriores
Carmen	29	30	Unión consensual	Medio. Trabajo doméstico	Obrero	3	2	Madre, padrastro de ella y dos hijos anteriores
Danay	21	29	Casada	Medio. Trabajo doméstico	Medio. Trabajo por cuenta propia	1	2	Madre y padrastro de ella
Cecilia	34	36	Casada	Medio. Trabajo doméstico	Medio. Trabajo por cuenta propia	2	1	Madre de ella y su hijo
Mercy	25	30	Casada	Medio. Trabajo doméstico	Medio. Trabajo por cuenta propia	2	1	Abuela, Abuelo de ella y su hijo
Vivian	23	28	Casada	Medio. Intelectual	Medio. Intelectual	1	1	Madre y padre de él
Daymé	21	21	Unión consensual	Medio. Intelectual	Medio. Intelectual	1	1	Madre de él y esposo
Dunia	39	39	Casada	Medio. Intelectual	Tornero. Trabajo por cuenta propia	5	2	Hijas
Sheila	20	40	Casada	Medio. Intelectual	Medio. Intelectual/Físico	1	2	-
Niurka	21	23	Unión consensual	Medio. Trabajo doméstico	Tornero. Trabajo por cuenta propia	1	1	Madre y Padre de ella
Heidi	21	21	Unión consensual	Medio. Trabajo doméstico	Estudiante de Medicina (extranjero)	1	1	Madre, hermana

Pseudónimo	Edad en años cumplidos		Situación marital	Nivel de escolaridad/Tipo de trabajo		Número de hijos/as		Convivencia familiar de la pareja
	Ella	Él		Ella	Él	Ella	Él	
Rosario	20	21	Unión consensual	Estudiante de nivel medio. Intelectual	Medio. Trabajo Intelectual. Estudiante universitario	1	1	Madre y padre de ella
Maritza	32	32	Casada	Obrera. Físico	Obrero. Físico	3	1	Hijos
Irina	20	39	Unión consensual	Estudiante. Intelectual	Universitario. Intelectual	1	1	-
Jessica	24	24	Casada	Estudiante universitaria	Estudiante universitario	1	1	Madre y padre de ella
Arelys	21	33	Unión consensual	Medio. Trabajo doméstico	Obrero. Físico	1	1	Madre
Sandra	33	34	Casada	Universitaria. Defectóloga. Intelectual	Universitario. Informático	1	1	-
Aleiny	23	24	Casada	Estudiante universitaria. Maestra de escuela primaria	Maestro de escuela primaria	1	1	Madre, padre y hermana de ella
Leyanis	30	41	Unión consensual	Medio. Trabajo doméstico	Medio. Físico	2	1	Hija
Yaíma	28	30	No convivientes	Medio. Trabajo doméstico	Medio. Intelectual	3	3	Hijos
Nancy	37	46	Unión consensual	Medio. Físico	Medio. Intelectual	2	5	-
Amarilys	25	24	Casada	Universitaria. Ing. Civil. Intelectual	Universitario. Ing. Informático. Intelectual	1	1	Madre, padre, tía y hermana de ella
Gema	34	35	Casada	Universitaria. Lic. Economía. Trabajo doméstico	Universitario. Músico. Intelectual	2	2	Madre, padre y abuela de ella, hija
Kenia	35	39	Unión consensual	Obrera. Físico	Taxista por cuenta propia.	2	3	Madre de ella
Ivis	39	34	Unión consensual	Medio. Intelectual	Medio. Físico.	2	1	Madre, hermana, sobrina e hijo de ella.

Anexo III. Guía semi-estructurada de entrevista y observación participante a mujeres, familiares y médicos durante la estancia en el hospital

Del embarazo.

- Circunstancias que rodearon al embarazo: decisión, planificación...
- ¿Qué expectativas tiene respecto al nacimiento? ¿Y a su hijo/a? ¿Le han surgido fantasías, miedos, preocupaciones?
- ¿Qué es para usted la maternidad, la paternidad? ¿Qué aspectos considera positivos y cuales negativos de la maternidad? ¿Cuándo comenzó a sentirse madre?
- Opinión del padre respecto a la maternidad y la paternidad.
- ¿Cómo se ve físicamente? ¿Cómo percibió los cambios que se produjeron en su cuerpo? ¿Cómo se siente? ¿Cómo influyen estos cambios en su vida cotidiana? ¿Ha notado cambios en la forma de tratarle su compañero, su familia, otras personas de dentro o fuera de su círculo habitual? ¿Cree que requiere cuidados especiales? ¿Cuáles?
- Ante la expectativa del parto ¿Cómo lo vive? ¿Le preocupa algo?
- A las consultas del embarazo: ¿Va acompañada? ¿Por quién? Su compañero ¿Puede acompañarla a las consultas? ¿Participa? ¿Qué consultas prefiere?

Parto

- ¿Qué expectativas, ideas, ilusiones, miedos, sentimientos tiene respecto a él? ¿Ha conversado con otras mujeres sobre los partos? ¿Desea la presencia de su compañero? de otra persona? ¿Será posible? Opinión de su compañero.

Recuperación/Puerperio

- ¿Considera que tuvo un buen parto? ¿por qué? ¿Hubo algún momento especialmente difícil? ¿Le fueron útiles las clases de psicoprofilaxis?
- Tipo de alimentación al hijo/a. ¿Tiene ayuda en la casa? ¿Quién? ¿Participa su compañero? ¿Cómo?
- ¿Qué nuevas sensaciones, expectativas o dudas le surgen con la presencia del bebé?

¿Qué eventos o acontecimientos fueron los más importantes en relación con el nacimiento del/de la niño/a?

Guía de entrevista semi-estructurada a médicos/as en servicios de partos

- El embarazo ¿Se considera una situación de riesgo? ¿Por qué?
- ¿Participan las mujeres en el seguimiento del embarazo? ¿De qué manera?

- ¿Considera que tienen autonomía? ¿Opinan las mujeres sobre las recomendaciones o cuidados que se les ofrece? ¿Y sus parejas? ¿Cumplen las mujeres con las recomendaciones? ¿Se han encontrado con planteamientos u opiniones diferentes por parte de las mujeres?
- El padre en las consultas: ¿Participa? ¿Qué función considera que desempeña? ¿Es aconsejable su presencia?
- ¿La atención prenatal prepara para el parto y la maternidad? ¿Llegan las mujeres preparadas al parto? ¿Recomienda la psicoprofilaxis? ¿Aconsejaría la presencia de los compañeros? ¿Encuentra diferencias en los partos de mujeres preparadas y las que no?
- ¿Qué considera un buen parto? ¿Qué funciones tiene el médico en el parto? El dolor, la episiotomía, la rotura artificial de membranas ¿Qué opinión tiene al respecto?
- El padre ¿Considera necesaria o útil su presencia en el parto? ¿Qué se espera de él? ¿Otra persona? ¿Cómo suele ser su comportamiento cuando participan del parto?
- De la atención al EPP ¿cambiaría algo?

Guía de observación participante

En trabajo de parto y parto:

- Descripción del trabajo de parto y parto, teniendo en cuenta: Actitud de las parturientas, duración, relación con el acompañante

En recuperación:

- Descripción de su rostro (cansado, tensionado), si hace movimientos de relajación, si se duermen, si comen...cómo se proyectan con las enfermeras u otros profesionales que se les puedan acercar. Observar en las madres miradas hacia el bebé (parte del cuerpo que miran, tiempo que lo miran), formas de interactuar con ellos (cómo los tocan, si los desvisten o no),
- Tiempo que cargan al bebé, otras interacciones con él además: arrullo, palmeado. Habilidad para amamantarlo, conversación (qué dice, cómo es el tono de voz)
- Lactancia materna: forma en que comienza, orientaciones que recibe.
- Cómo reaccionan ante posible tos, llanto... (de su bebé o de otro bebé en la sala)

En la sala de puerperio:

- Sobre el/la bebé: Cómo lo/la tocan, qué hacen con él/ella, desenvolvimiento.
- Acompañamiento: quién las acompaña, qué hace el acompañante.
- En relación a ella: Desde el punto de vista físico, su recuperación. Cansancio, malestares, estado de

Anexos 128

ánimo.

- Vínculo con los/as profesional: Orientaciones que recibe sobre el cuidado del bebé y su recuperación.

Anexo V: Fragmentos de discursos usados en la construcción de las categorías y subcategorías 3.1 Factores culturales y sociales asociados al proceso reproductivo que lo constituyen como un proceso biocultural de salud

En aquel entonces en Ciudad Habana nada más que había dos hospitales para la población con servicio de Obstetricia, la Maternidad América Arias y el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Calixto García... La maternidad obrera no era una maternidad libre para la población (E3).

3.1.1 Los cambios en la natalidad

... las mujeres sobre todo en aquellos lugares (Región oriental) tenían unos cuantos hijos, esa era una de sus funciones, la procreación y no tan solo en aquellos lugares sino también en las grandes ciudades. (...) Cada día la mujer va pensando también en la procreación tardía, tiene la posibilidad del acceso a los estudios superiores y esto impide un poco la procreación a temprana edad, terminando los estudios tiene la posibilidad de un empleo seguro...(E2)

... ahora en el periodo especial las mujeres no querían parir y se le ha llamado el parto diferido que ahora están pariendo ... un gran número de las embarazadas... son mujeres que están en edades extremas, o están por debajo de los 20 años o están por encima de los 35 (E7).

... es multifactorial, el deseo expreso de la mujer a superarse, los problemas de vivienda, de salario, sobre todo de superación de la mujer, la pérdida quizás de una estructura familiar funcional. También hay otros factores, la edad al casarse, las posibilidades y facilidades del cuidado de los hijos, es muy complejo (E4).

... paren más mujeres que pasan de los 30 años que las jóvenes (E7).

... las adolescentes, son un gran número de las embarazadas que se atienden (E5).

3.1.2 Medicalización de la reproducción

Organización de los Servicios

En el transcurso de estos años ha habido muchos logros en Salud Pública, dentro de los más importante están los que tienen que ver con la atención materna infantil, con un descenso vertiginoso y consistente de la mortalidad infantil. Actualmente tiene cifras envidiables y con un descenso no tan fuerte de la mortalidad materna, porque evidentemente esta es más multifactorial y hay cosas de impacto negativo, la mortalidad materna ha descendido pero hubiéramos deseado que descendiera más (E4)

Dos, tres años después aparece como especie de un programa de atención integral a la mujer, que fue un primer paso en aquel momento (E1)

... primero existe una atención a la diarrea, a las infecciones respiratorias por separado y después es que surge un Programa Integral de Atención (E6).

Empiezan a surgir, sobre todo en las zonas rurales, los hogares maternos. Las mujeres, en estas zonas más apartadas podían estar al final de la gestación prácticamente hospitalizadas, entre comillas porque allí recibían atención profesional aunque estaban más libres que en una institución hospitalaria (...) y eso garantizaba que el parto fuera institucional (E2)

... tuvimos una cobertura excelente de MF, soportados, favorecidos y controlados por especialistas en Ginecobstetricia...(E4)

Al MF le exigen que tenga control de sus embarazadas, la extracción de muestras de sangre para Hemoglobina y Alfa-Feto-Proteína salen por ahí y no por AS, el Ultrasonido de marcadores genéticos, la canastilla, las dietas (E3)

Si de verdad el MF conoce su área de atención y la sigue adecuadamente es magnífico. Esto redundo en beneficio de todos los indicadores, materno infantil y otros. Pero realmente siempre ha tenido deficiencias... y nunca se logró una buena interrelación de esa APS con AS (E2).

... porque todo los médicos de la familia lo mandan para el hospital o se llenan los hogares maternos y a veces tienes pacientes en el hospital que no tienen porque estar ahí... (E5)

Recursos Humanos en la atención al proceso reproductivo

Las enfermeras obstétricas eran una maravilla, yo creo que ese fue un personal que fue un error grosero desestimar su formación. (...) Teníamos quinesiólogas en cada guardia que a la mujer que venía preparada le volvía a recordar los ejercicios de relajación, la forma de hacer el bloqueo, el pujo, todo eso desapareció... mucho tecnicismo, pero yo creo que eso favorece una deshumanización de la atención...(...) ...el personal de enfermería, el paramédico, es deficitario en cantidad y en calidad... (E3)

No sé por qué las políticas de salud no le han dado una mayor importancia al incremento de este personal, al perfeccionamiento de este personal, a la selección de este personal... (E2)

...los enfermeros emergentes son aprendices trabajando y son demasiado emergentes, ese tipo de cosas se pueden hacer, pero hay que ir cuidando el tiempo de madurez y obviamente están quemando etapas, no pueden cubrir las expectativas y también que hay que darles un tratamiento distinto a una obstétrica, el médico tiene que convertirse en maestro de la muchachita, la actitud del médico tiene que ser diferente (E6).

La tecnología y la información

De eso es de lo que se habla, del US, y hoy me repiten el US, y lo que te dio.. eso tiene ventajas, no se puede ver así nada más, para un número importante de afecciones, esos estudios previos me permiten a mi saber si tu vas a tener un niño normal y si no yo te ofrezco que decidas que quieres hacer, nosotros conocemos varios casos que se sabe ya que la mujer va a tener un mongólico y dice que lo quieren y lo han tenido, porque eso es elección de la paciente, la ventaja está ahí... (E9).

3.2.1 Concepción de la maternidad

La maternidad como construcción social

Las mujeres asumen hoy día el embarazo como algo normal y deseado (...) Su comportamiento es bueno, es responsable (...) Las mujeres están educadas (E7)

La vinculación madre hijo desde un punto de vista sociológico ha sufrido un cambio en los últimos decenios (...) hay mamás que no cogen el año, a los seis meses un número importante vuelve al trabajo (E9).

... las mujeres lo conciben como una enfermedad, toda regla tiene su excepción ... incluso mujeres jóvenes, pero hay mujeres que se embarazan y ya embarazarse significa no trabajar, no hacer nada, reposo, que a veces lo requieren y a veces no (...) a medida que se ha desarrollado el mundo (...) ha ido en contra de esto en las mujeres. Pienso también que los médicos tienden a patologizar el embarazo (E5).

3.2.2 Concepción de la paternidad

... la mayoría de la gente son responsables de su maternidad, la mujer y el hombre (E9).

En primer lugar las instituciones no tienen las condiciones y la población no está preparada para eso todavía. Yo creo que eso ayuda pero tienes que tener una cultura, el hombre tiene que tener una cultura y la mujer y todo el que este alrededor de eso. (...) hay bastante aceptación en el puerperio, nosotros no dejamos que el hombre esté toda la noche, pero pensamos que eso ayuda... (E7)

Generalmente quien acompaña a la mujer es la madre, la hermana, un familiar femenino, en muy pocos lugares y en muy pocas oportunidades es su pareja (...) En el resto del mundo se está generalizando la participación de la pareja en todo el proceso del parto. No logramos esto... (E2)

... las mujeres llegan al parto sin acompañantes, el problema es de falta de acompañante. (...) Al personal de salud no le gusta mucho el acompañante, bajo supuestos de la estructura del salón de parto, que es mucha gente, que el problema epidemiológico (...) es un poco controlador de calidad del personal (E4)

Nosotros no nos imaginamos la necesidad de compañía que siente una mujer durante el parto (E8)

... yo no creo que toda la población esté capacitada para estar acompañando a la mujer en trabajo de parto (...) a mi me atormentaban las madres, hay madres que no están preparadas y los maridos se ponen peor (...) los familiares atormentan mucho. Parto tiene que tener privacidad. (...) Los soviéticos estaban claros, no dejaban entrar a nadie, cubanas que parieron allá se pasaban el marido y ella sin ver al niño tres días, ni ella ver al marido, ni nada (E1)

6.1 Factores culturales y sociales asociados al proceso reproductivo que lo constituyen como un proceso biocultural

6.1.1 ¿Estoy embarazada?! El deseo y la planificación del embarazo

... no eran los padres ideales y yo tuve cuatro regulaciones menstruales de embarazos no deseados (...) Yo siempre quise tener muchos hijos, hubo un momento en mi vida que no encontraba pareja, tanto que pensé en una producción independiente... (Sandra).

Nosotros lo queríamos, pero no lo buscamos, nosotros decíamos cuando salga ya. Porque yo estaba estudiando al principio, ya me gradué. Yo nada más esperé graduarme, que eso era muy importante. (...) él, loco, si yo le dije jugando me lo voy a sacar y por poco me coge por el cuello (Niurka).

No fue buscado pero tampoco fue rechazado (Yasser, esposo de Amarilys).

Ella quiere tener uno solo y eso que a ella le gustan los niños (madre de Irina)

Yo quiero tener dos hijos (Rosario).

Este es el primero y el último, ya me arrepentí de otro... (Heidi en sala de puerperio)

... yo no pienso tener más hijos, al menos de momento no, hasta que a mí no se me olvide todo esto, no. Puede ser que dentro de 5 o 6 años, diga que sí, no sé... Hasta que a mí no se me olvidé todo esto que nadie me diga a mí de otro (Aleiny)

Lo que más me gustó fue decirle a mi esposo que estaba embarazada de él, porque él es bueno, él es bueno con mis hijos, él los crió como si fuera su papá, los cogió chiquiticos y los crió, por eso fue por lo que más me gustó ¿entiendes? Por eso no me lo saqué, porque yo lo supe con tiempo, esa fue la emoción, que él sea papá, él es bueno (Maritza)

Yo me demoré porque yo me separé del padre del niño y yo no quería hijos de padres diferentes, pero al final, tu sabes... desde que empezamos él estaba con el tiqui tiqui, llevamos casi 7 años y al final me decidí. Él está queriendo desde el principio, él no tenía, él quiso enseguida, a mi si me costó trabajo decidirme, volver a empezar. Pero bueno, no. Después todo bien. Fui me quité el anticonceptivo y quedé embarazada a los seis meses exacto (Ivis).

Yo nada más me iba a quedar con mi hijo, nada más, con Cristian pero ya me ajunté con este muchacho y él no tenía hembra y yo siempre anhelé una hembra y él también, pero mira fue un macho.(...) Yo estaba buscando la hembra y el papá de este también, porque tiene dos varones, este es el tercer varón de él (Kenia).

Salió de casualidad, yo no quería tener más, pero es mal sacrificar... si estaba de Dios, ya. Más malo es que yo me hiciera un legrado o cualquier cosa de esas y que mis hijos me perdieran a mí. Yo no lo tenía pensado, pero ya que vino... dos varones cuidan más que uno... (...) Yo nunca lo pensé, nosotros nos cuidábamos, vino, Dios quiso y si Dios lo quiso, ya. Pero Dios no lo va a querer más porque yo me voy a ligar, yo no estoy para esto (Yaúma).

Cuidados especiales

Se mantuvo yendo a la escuela, hoy tenía prueba, ella va a seguir, yo no sé, yo iré con ella, ya ella termina este año. (...)... él la ayuda, le cocina, le lava, le hace todo. Antes del embarazo también, él es bueno por ese lado. Yo voy a estar con ellos por lo menos los tres primeros meses, porque él tiene que seguir trabajando... (Madre de Irina)

... de vez en cuando se ponía un poquito sentimental nada más (Luis, compañero de Heidi)

Las cosas de la casa las hacemos yo y él, porque no sabe cocinar, pero friega, limpia, lava, porque sino cocinara. Cuando yo las hacía, lo hacía con más calma, porque uno se cansa, ayer mismo yo limpié el cuarto, todo, los muebles, todo (Leyanis)

Yo hasta podía limpiar, todo normal (Rosario)

... yo vivo con mi mamá, mi papá, mi hermana y mi esposo y todo el mundo en función de la criatura. (...)...las cosas de la casa las seguí haciendo, yo fregaba, planchaba, menos limpiar y esas cosas, los trabajos fuertes. Yo los hacía antes, cantidad y todo el mundo en mi casa se los repartió, todo en mi casa se los repartieron. Él hizo de todo, el pobre, él hacía cosas pero ahora hace el doble (Aleiny)

Mi mamá no me dejaba hacer las cosas de la casa, pero cuando ella se iba yo lo hacía, tú sabes cómo son las

madres, que si te pasa esto, que si te pasa lo otro (Niurka)

En la cuadra todo el mundo me llevaba cosas, yo era la única embarazada, que si un helado, que si un refresco... (Yaíma)

Normal, yo fregaba, limpiaba, lavaba, desde que salí embarazada me mudé con mi mamá, ella me ayudaba (Arellys).

... me mimaban más, siempre estaban pendiente de todo lo mío, tratando de ayudarme en todo, me ayudaban mucho, hacían de todo para que me sintiera bien, todo el mundo estaba en función de mi barriga (Nancy).

6.1.2 Medicalización de la reproducción

En el consultorio fue buena, fue sistemática, eso es bueno, así uno sabe cómo va el embarazo, al final son muchas, las últimas son todas las semanas. Yo fui a todas (Leyanis)

Los análisis en el embarazo son muy importantes, porque si no te haces las pruebas puede salirte un niño, ni que Dios lo quiera, deformado, con problemas en la sangre, cualquier cosa. Yo iba a todas mis pruebas a todo lo que me mandaran, yo no protesto para nada (Arellys).

La atención al embarazo, es buena, tiene sus cositas, tiene sus cosas, tú tienes que ir preguntándolo todo en detalle. (...) La atención aquí es diez mil quinientas veces mejor que la del consultorio... Ellos son muy buenos médicos pero pasan trabajo para hacer las cosas, no hay torundas, pasaron trabajo para conseguir el trocar... (Lisette)

En el consultorio la atención buena, sí, normal. Yo siempre traté de ir por donde decían los médicos (Yaíma)

Las consultas estaban bien, pero la atención fue regular, las dos veces que estuve ingresada nadie se preocupó por mí (Irina).

Organización de los servicios

Yo me atendí en otro policlínico. Mi papá es médico, fui con una Dra. de su curso, una ginecóloga, la misma que me atendió la otra niña. En el consultorio, yo tuve que llevar una carta de reparo... Hubo molestia porque querían también darme seguimiento, pero yo escojo y si es una gente de confianza y si ella es amiga de mi papá... (...) La otra vez llegué casi que soltando la niña, me recibieron, no me podían virar y como se mantiene la historia por 5 años, corrimos para acá porque mi papá prefirió este (Gema)

En mi consultorio, no... nosotros buscamos a una antigua médico de familia que me vio durante todo el embarazo (Danay)

Yo me atendí en el médico de familia, yo no fui al que me tocaba, fui con otra muchacha que fue la que me atendió el embarazo del niño que estaba en otro consultorio (Ivis).

En realidad me tocaba [nombre de Hospital] pero como mi prima Carmen trabaja en frente y es médico, ayer cuando sangré me dijo yo te llevo para [nombre de Hospital], para que te estudien. Todo el embarazo lo hice por allá (Sheila)

Un Dr. que es amigo de la familia que trabaja aquí, nos hizo el favor de traernos. Lo que pasa es que él hoy tiene consulta, no sabemos si él vaya a hacer el parto, yo lo fui a ver en la mañana. A nosotros nos toca [nombre de Hospital] que además está mucho más lejos (Heidi y Luis).

Nosotros somos de [municipio], pero aquí es donde conocemos (Madre de Mercy)

Nosotros somos de [municipio], pero a Mariela la conocíamos, ella hizo el parto de mi tía hace un año y tenemos muy buenas relaciones, ella es maravillosa, una amiga... ella no estaba de guardia... (Yamilé)

Cuando mi niño nació a través de una amistad de mi tía me atendí aquí y tú sabes que la historia la tienes para cinco años. Para mí este es el mejor hospital que hay. Yo estuve un día ingresada en [nombre de Hospital] y por poco me da una cosa, por poco lloro... (Nancy)

Yo no preguntaba, yo preguntaba en el hogar, cuando yo llegaba al hogar me sentaba con la Dra. del hogar y le preguntaba ¿esto qué es? y ¿cómo es esto? y ¿qué quiere decir esto?(Nancy)

... buscamos información, leíamos juntos, y lo que teníamos dudas le preguntábamos a mi mamá o en la consulta, leíamos las cosas antes y más o menos íbamos sabiendo algo (Aleiny).

De la lactancia no me han explicado pero he visto bastante gente haciéndola (Sheila).

... yo no preguntaba, yo no tenía esa locura, mi papá siempre me tenía preparada, me decía lo que debía hacer, no hagas esto, no hagas lo otro y a él sí yo le pregunté, y papi por qué, cuando yo tengo duda yo busco a mi papá, él es el segundo del salón de operaciones del hospital [nombre de Hospital] y tiene bastante conocimiento (Yaíma).

... yo no sabía que mi mamá iba estar en el parto y ella tampoco. Antes no dejaban pasar a nadie, por suerte pude estar con mi mamá, si hubiese estado sola yo no sé que me hubiese hecho (Niurka).

yo pensé que lo que sentía era como empacho, no tenía los mismos síntomas que con la niña, yo le decía a mi mamá, mami si no tengo contracciones, era diarreas y vómito a la vez, y mi mamá me decía sí pero eso también son síntomas... y cuando me levanté para llevar la niña al círculo sí me sentía las contracciones y me bañé y cuando llegué la Dra. allá abajo me dijo sí pero los vómitos y la diarrea también son síntomas, tenías que haber venido...(Gema).

El Riesgo

En el embarazo

En el materno me ingresaron porque el bebé estaba bajo peso, yo estaba loca por irme para mi casa, pero en parte era bien para mí, tú te imaginas después un chiquito bajo peso... Eso coincidió con la psicoprofilaxis, por eso no la hice (Niurka).

Yo soy muy independiente y estuve mucho tiempo ingresada y no podía hacer todo lo que yo estoy acostumbrada. (...) por aumento de peso estuve tres meses ingresada en el hogar (Nancy).

Me trataron como de riesgo por la edad, yo normal, no tenía miedo, yo me hice la amniocentesis, es una prueba que te da una seguridad, aunque ninguno de los dos tenemos antecedentes de nada, pero bueno por la edad, me la hice y me dio resultado, me dio útil, que casi nunca da útil... Yo he hecho toda la barriga de lo más bien. Yo hasta un poquito más trabajé y he dado vueltas... (...) Yo esperé mucho el resultado de la amniocentesis... yo tenía temor porque es el riesgo por la edad... ese día cuando llegó el resultado nos pusimos muy contentos porque ya sabíamos que iba a estar todo bien (Ivis).

En el parto

Yo vine porque tenía contracciones y yo no tenía miedo ni nada, pero cuando vi que estaba soltando una cosa carmelita, como una babita, yo dije espérate un momento, se lo dije a mi mamá y me trajeron rápido para acá (Niurka).

Como a las 8:30 de la mañana empezó a soltar líquido y unas ligeras contracciones, eran bastante ligeras, pero yo la traje rápido... (Madre de Irina)

Mi prima es enfermera, ella nos explicó todo, cuándo ir para el hospital, nos dijo que aún cuando rompiera la fuente tenía 12 horas el niño y que no había que desesperarse, pero ella estaba tan adolorida que salimos para el hospital (Madre de Aymara).

Yo dejé dormir a todo el mundo porque las contracciones no eran muy seguidas, pero ya cuando fueron más seguidas llamé a mi esposo, para que me calentara agua para bañarme y él me dijo vamos, yo traté de esperar hasta que las contracciones fueran más fuertes (Kenia).

... hoy mismo en la obstetricia se sabe que donde quiera que sucede un parto existe la posibilidad de que la mujer sangre y el resultado perinatal en cuanto al feto también es un poco incierto porque al final todos los mecanismos que uno tiene de saber la salud fetal son indirectos... (O3)

6.2 Vivencias y percepciones de la mujer durante el proceso reproductivo.

6.2.1 Concepción de la maternidad

Madre, desde el principio, desde que lo supe, ya estaba ahí y todo era en función de él, reparar la casa, comprar las cosas, todo... (Lisette).

Yo me puse contenta, había tenido un embarazo molar y prácticamente me habían dicho que yo no me iba a poder embarazar, cuando lo supimos... fue muy deseado (Danay).

Fue tanta alegría y para mi esposo también, él ya tiene dos varones, te imaginas cuando supimos que era una niña, era lo que yo quería, me eché a llorar... (Lena)

Yo siempre dije que no quería tener hijos, pero después que me dijeron que era hembra. Al principio yo decía, a

estas alturas con un hijo, todavía no me he graduado, pero cuando me dijeron que era hembra, igual si me hubieran dicho que era varón y lo vi en el ultrasonido, el corazoncito y todo, ¡Ay qué lindo! ahí ya, ahí mismo, increíble, porque no sé, es increíble, la verdad, ahí fue (Aleiny).

Mamá, desde que la vi, dio un chillido, es una muerta de hambre (Rosario)

El cuerpo gestante

A mí me encantó la barriga, la disfruté al máximo. (...) Él de lo más bien, tú sabes que hay hombres que cuando las mujeres están embarazadas, se hacen los duros, que va, era cuando más pegado a mi ha estado (Niurka).

... Ella se veía muy bonita (Luis, compañero de Heidi).

Si, fue muy bonito, todo eso de la barriga, cómo va creciendo, la disfrutamos mucho... (Vivian y Samuel).

Mi cuerpo en realidad no cambió hasta los siete meses. Yo usé mi ropa hasta que tenía siete meses... la gente no me creía que yo estaba embarazada...(...) Estábamos locos por tener barriga ... (Aleiny).

Hice una foto artística, preciosa, con la barriga afuera, yo estaba loca porque alguien me hiciera esa foto y lo logré, estoy loca por ponerla en la pared... (Sandra).

...los compañeros de trabajo, incluso los menos cercanos, se preocupaban por mí, me pasaban en la cola del comedor... (...)...una vez un taxista se desvió y me dejó en la puerta de casa de mi mamá... (Cecilia).

A él le gustó y a mí también porque no me salieron grietas, eso me preocupaba... yo tengo un complejo con eso, me preocupaba la gordura, él me decía tú estás enferma de los nervios. Es que no me gusta ser gorda.(...) A él le gustaba, la tocaba, la besaba (Ivis).

... a mí sí me gusta, es algo diferente y uno lo disfruta tanto así y la moda ahora nos favorecía, yo estaba... A mi esposo sí le gustaba, me decía cosas y yo le decía si parezco una ballena [se ríe] y me decía cómo una ballena si estás linda. Por la calle me decían cosas de espalda, vamos a ver ahora que perdí todo eso si me siguen diciendo (Gema).

Físicamente horrible, engordé cantidad, se me hinchó la nariz, me puse negra por donde quiera. Me veía así pero no me importaba, la disfruté, me gustaba que creciera y que se moviera (Nancy).

Los cambios me gustaron, tuve la suerte de no tener tantas estrías que me preocupaba mucho.(...) ... sobre todo porque a los 33 años no es fácil recuperarse, no es lo mismo cuando eres jovencita, la piel, todo. Todo el mundo me celebraba eso, que no me veía gorda, me encantaba la barriga. (Sandra).

... el cuerpo más o menos... no me sentía mal ni nada, pero se me hinchaban los pies. (...) me preocupaba que me fueran a salir grietas... yo normalmente hago las barrigas chiquitas y con la ropa casi ni se me notan y yo decía tú verás que con esta me voy a agrietar toda, pero no, no, por suerte, esa era mi preocupación, las grietas, porque se ven más feas, por suerte no tuve ese problema. (...) ... en el trabajo el trato que me daban era diferente, las compañeras más de trabajo siempre me estaban apoyando (Maritza).

A mí me gustó, pero no mucho, la ropa no me servía y tenía que estar inventando y ponerme batica, incómoda hasta para sentarme y acostarme de un solo lado (Yaíma).

Yo hice los dos embarazos bien y haciendo todo lo de la casa y barriendo y me decían, no te agaches y yo me agachaba y hacía de todo, normal y sexo y toda la vida normal... (Gema)

La barriga me gustaba, como era chiquita (Kenia).

6.2.2 El parto

En espera del parto

... ella siempre me preguntó mucho de mis partos, quería todos los detalles (Madre de Yamilé)

... leímos mucho, bajamos cosas de internet, sobre la formación del bebé, sobre el parto, sobre los cuidados de la niña... (Vivian y Samuel)

... siempre escuchaba a las personas hablar, pero como nunca había pasado por eso, no me preocupaba tanto, como todo el mundo no pare igual... y con los cuentos que me han hecho... (Irina)

Obviamente uno nunca se imagina la magnitud del dolor, pero bueno. Ella preguntó mucho, estuvo buscando por ahí a personas que habían dado a luz normal, qué habían sentido y fueron muchas las opiniones que recibió (Luis,

compañero de Heidi)

... yo tenía tantas las ganas de tener un hijo que no tenía miedo, siempre le tuve miedo a que me hicieran cesárea, eso sí (Nancy)

En el materno me explicaron del parto, yo lo oía pero como quiera yo no, no tenía la idea y también tú sabes que la gente hace mucho comentario, que si cuando yo parí me pasó esto o lo otro, yo nada más decía, yo no voy a oír nada, yo voy a esperar que me pase a mí, porque a todo el mundo no le pasa igual (Niurka).

Yo siempre pensé parir, no hablé con nadie del parto, ni a mi mamá le pregunté cómo fueron sus partos, pensaba que si preguntaba me preocuparía y todo el mundo lo pasa (Aymara).

Yo no pensé en el parto, ah sí, la gente hacía cuentos, pero yo no podía ponerme a pensar en eso, si no me vuelvo loca. Yo decía cuando llegue vamos a ver qué pasa. Yo no hablaba de eso (Rosario)

Yo me atendí con X para parir aquí. Yo quería parir aquí porque este hospital es muy bueno, tiene muy buenos médicos (Sandra).

... yo estaba preocupada, ya iba para las 41 semanas y yo decía ¡Ay Dios mío hasta cuándo! Me habían dicho que la que viene me inducían (Gema).

... me demoré mucho, parí a las 41,3, los demás yo los parí en tiempo, normal. A las 40 semanas en la consulta de término me dejaron ingresada. (...) Al final estaba preocupada, ver qué pasaba el tiempo, yo decía ya 40 semanas y nada (Maritza).

Ella me decía que tenía miedo, pero yo le decía que no tuviera miedo que lo que tenía era que cooperar con los médicos para salir todo rápido y bien, yo le enseñé a cuando llegaran los dolores lo que tenía que hacer, respirar y soltar por la boca (madre de Arelys)

Psicoprofilaxis

¿Qué es eso? No, nunca lo hice (Maritza)

Yo no hice, no me dijeron nada... (Aymara)

Yo hacía aeróbicos, desde hace muchos años, durante el embarazo no hice ejercicios, pero caminé y me mantuve muy activa, yo pensaba que eso me iba a ayudar a tener un buen parto (Yamilé)

La psicoprofilaxis me la recomendaron en el consultorio pero no pude hacerla porque en ese momento me ingresaron aquí por infección renal, mi esposo también quería venir, pero no pudo ser (Irina).

No sé, no le di la importancia que debía, desgraciadamente debido a no recibir esas clases me compliqué ahora que no sabía qué cosa era un pujo. No sé, lo subestimé, me confié, pero también la influenza, casi no se podía salir de la casa, al policlínico tenía que ir con nasobuco. (Sandra).

No hice psicoprofilaxis, me hubiera gustado, sí caminé mucho, todos los días y bueno seguí haciendo todas las cosas de la casa, antes de salir embarazada hacía aeróbicos todos los días (Evelyn)

No hice psicoprofilaxis porque estaba en pruebas en ese tiempo. En el consultorio me la recomendaron... pero no podía dejar las pruebas entiendes, pero bueno, eso me convenía más porque mi mamá entraba conmigo, como ella había parido ya, ya tiene experiencia (Roxana)

En el materno me ingresaron porque el bebé estaba bajo peso (...) Eso coincidió con la psicoprofilaxis, por eso no la hice (Niurka).

La vivencia del parto

En el final de trabajo del parto, ya yo no tenía más fuerza, tenía 8 de dilatación y todavía la niña estaba muy para arriba y tenía mucho líquido y ella me ayudó mucho (Aleiny)

A mí me ayudaron bastante, cuando yo bajé yo tenía cinco de dilatación y la doctora me ayudó y me llevó hasta siete en un momento (Arelys)

Yo creo que sí, que fue bueno, a pesar de los dolores de los puntos... La Dra. me ayudó, me explicó cómo debía hacer, me dijo si haces esto vas a parir en seguida, si no te vas a demorar mucho (Nancy)

Me rompieron membranas con cinco o seis de dilatación, que dolor, eso fue negro, grité, no lo pude evitar (Dania en trabajo de parto)

Yo no sé si dentro de un año o un año y medio esto se me olvide y pueda volver a pensar en parir, pero ahora ni hablar (Yamilé en sala de puerperio)

Yo no sé si fue bueno, porque como yo nunca he parido. Y sí, ahí fue rápido, pero antes se demoró, yo estoy ingresada desde antier y estoy con contracciones desde las ocho de la noche... (...) No era que yo no quería pujar era que ya no tenía fuerza... (Niurka).

A mí me rompieron la fuente con siete de dilatación, eso no me dolió, ¡¡pero a partir de ahí!!!... después me dijeron que me sentara en la silla, arriba de la cuña y que aprovechara las contracciones (Aymara en puerperio inmediato)

Sí, me lo pusieron dos veces [el monitor] me vuelve a tocar a la 1:00, fue muy desagradable, las contracciones con él puesto... pero hace falta. (...) La niña me desgarró, me desgarró mucho, estuvieron como una hora dándome puntos, pero bien, ya estoy bien. Estoy un poco adolorida, pero ya. Tuve buen parto, y rápido, fue rápido. Lo de los puntos fue incómodo, muy incómodo, pero ya. (...) Todo me pareció bien, la atención ahí, todo (Vivian)

Creo que sí, que tuve buen parto... aunque yo estoy aquí desde ayer a las seis de la tarde... yo estaba desesperada y decía ¡Ay sáquenmela ya! no es fácil (...) A mí me ayudó todo el mundo ¡puja, puja! no es fácil. (...) Cuando ella salió, que alivio y cuando me arrancaron la placenta, que alivio (Rosario).

... yo le pregunté a la residente sobre las contracciones, no me quiso decir, dice que tiene las que tiene que tener (Madre de Lena, con disgusto)

Ese monitor era insoportable, yo nada más esperaba a parir antes de que me volviera a tocar. (...) El parto buenísimo, bastante bueno. Con los cuentos que me han hecho, para mí tuve un buenísimo parto. Por las atenciones, porque mi bebé salió bastante rápido, no tuve tanto dolor (Irina).

Tú sabes que los dolores son fuertes, pero nunca te lo llegas a imaginar hasta que no los pasas ¡Yo sabía a lo que venía, pero que va! (...) Yo estaba desesperada y yo decía y a mí no me van a revisar a ver cuándo yo voy a parir, porque yo decía me duele, me duele, que me miren a ver si ya dilaté. Hace rato que me dolía (Heidi)

Esos puntos, son terribles, que dolor tan grande, duele muchísimo, más que el parto y se demora mucho, mucho, es horrible, yo rogaba que aquello terminara, no grité, me porté bien, aguanté todo lo que pude (...) yo no vuelvo a parir, esto no se me va a olvidar (Danay en sala de puerperio)

El parto no fue tan malo, lo malo fue el pitusín, ya el parto no, ya cuando me vinieron las contracciones seguidas un poco más y lo boto por el pasillo, nada más que llegué ahí, abrí los pies, pujé y ya, lo malo fue las contracciones como no dilaté bien, no rompí la fuente... (...) los médicos no te oyen, yo les decía Dr. ya yo me siento eso ahí, y me decía, sí, sí, puja ahí, puja y por nada lo suelto ahí, después querían que corriera yo para allá... me sentía la cabeza que ya no aguantaba más porque el pitusín te ayuda, cuando me acostaron y vieron que era verdad querían que corriera yo para allá (Maritza)

La majadera fui yo. Pero me demoré mucho, desde las 3 de la mañana con los dolores esos ... (...) Hay mucha tecnología aquí, ese aparato que te ponen, eso es muy duro con las contracciones, como duele. (...) Que va, yo no tuve buen parto, mucho sufrimiento. El trabajo de los médicos fue bueno, pero fue mucho tiempo. (...) ay, si esa mujer ha cogido puntos ahí que parte el alma (Kenia).

Yo estaba tan positiva, fue un embarazo tan bueno, tan buscado, tan deseado, que todo, todo fue tan bueno, los dolores fueron terribles y la parte de los puntos fue la peor, ya no tiene gracia, ya la niña nació. Tuve muy buen parto, el primero no fue así, yo para este estaba muy preparada (Evelyn)

El parto fue rapidísimo, doloroso pero rapidísimo, muy rápido, eso es lo que yo quería. (...) Estoy muy adolorida, es que me dieron muchos puntos y ese hilo pincha. (...) Yo no entiendo ese problema con la anestesia porque cuando yo parí a mi niña, me pusieron anestesia y cuando se me fue me volvieron a poner anestesia, no cogía mucho pero me la pusieron varias veces, no anestesia completamente pero alivia muchísimo (Leyanis).

A mí me ayudaron bastante, cuando yo bajé yo tenía cinco de dilatación y la doctora me ayudó y me llevó hasta siete en un momento, era molesto. (...) Cuando estamos en eso no podemos comer, era jugo, agua, líquido. (...) El suero me lo pusieron en el momento que yo parí, acabada de parir. La vena me la cogieron cuando entre aquí (Arelys)

Yo no caminé, no me dijeron que caminara y yo no lo hice, pero sí mucha gente caminó, pero es que hay sus cuentos que si caminas y otros que si caminas, te fatigas, te cansas de tanto caminar y hacer ejercicios, que después no puedes parir. Yo tenía tremenda hambre, comí a regañadientes, no me dejaban, tomé mucho jugo, sopa y arroz y vomité. (...) El parto fue muy traumático, yo pensé que no lo podía parir. (...) el hecho de que el niño saliera y [el obstetra] saliera corriendo con mi hijo, y yo no oírlo gritar fue muy duro... Después esa placenta que

no salía, la cantidad de puntos que me dieron, ya al final parece que no había anestesia y todo lo sentí (Sandra).

La episiotomía, según los obstetras entrevistados

A mí me hicieron una episiotomía grande, grande, después se me fueron los puntos y fue complicado, la recuperación y no la necesitaba, yo me sentí la niña, me la toqué la cabeza en la cama de parto. (...) Primera vez en mi vida que yo saco un feto de 4100 gramos sin episiotomía, para mí eso es... es que yo lo viví, yo sé lo que es (...) Yo he rotado por muchos grupos de guardia y cada quien trabaja diferente, pero primera vez... Es que no lo piensan ahí, es el corre, corre, como si fuera otro paso más del trabajo de parto (O5).

La episiotomía y la rotura artificial de membrana son procedimientos que tienen su indicación, siempre y cuando estén bien indicados van a ser en beneficio de la paciente. Que muchas veces se haga de forma regular, puede ser, realmente la episiotomía es más el beneficio que tiene para la paciente que el riesgo. Si la haces y no la lleva, la suturas y no ha pasado nada, pero sí no la haces y la lleva se desgarran la vagina de una forma tal que tienes que estar tres horas dando puntos ahí para dejar todo aquello y resolver los desgarros que se provocan. Hay un uso rutinario, más en la episiotomía que en la RAM, porque la RAM sí tiene sus indicaciones por protocolo, no así la episiotomía que va más bien con el obstetra que está asistiendo el parto. En el mundo se hace poca episiotomía, poca comparada con la nuestra, aquí es algo rutinario más bien, pero hay una preparación de esa vagina en cuanto a lubricación, se lubrica esa vagina, también entra la alimentación, la genética, hay muchos factores implícitos en eso. No se te decir el porqué científica y objetivamente pero por ejemplo en Inglaterra yo sé que la episiotomía prácticamente no se hace. (...) uno más o menos se las juega en las multíparas, con partos anteriores que tienen la vagina distendida... (O9).

... antes había una tendencia a hacérsela a todo el mundo y ahora solo al que la necesite. Tú tienes la libertad de evaluar, por ejemplo está protocolizado que el pretérmino lleva, eso es inviolable y es obligatorio, a término tú lo evalúas, tienes la libertad de evaluar y decidir. Por ejemplo en una nulípara, con esos periné resistentes que tienen ellas... En nulíparas que físicamente están bien, que tienen un feto chiquito y vas a hacer lo posible... pero mentira siempre aunque sea un toquecito le das... Sin dudas debilita el periné femenino, te hace una cicatriz horrible, si se cose mal, cicatriza mal, te traen también beneficios, menos sangramientos, menos desgarros, mejor salida del producto. Las consecuencias están descritas, inmediatamente el desgarrar, se prolongan y pueden atravesar hasta el recto. Después, las molestias, las asimetrías de la vulva, los granulomas, muchas veces se infectan, se abren y cicatrizan por segunda intención, la sepsis, la infección, los abscesos, la incomodidad, la hipersensibilidad. Lo más frecuente es que no se complique, es un tejido muy agradecido (O8).

La mujer/paciente

Siempre me han atendido bien, cualquier duda te la responden y te atienden (Sheila)

Yo me he portado bien, mi tía me ha dicho que no puedo gritar, que cuando gritas el niño se sube, pero ya no puedo más, yo quiero que me hagan cesárea (Danay durante el trabajo de parto)

Yo por la madrugada el rato que estuve con mi mamá me puse muy majadera, grité, me solté el suero, grité malas palabras, estaba desesperada, quería salir de eso ya, eran muy fuertes los dolores, pedía que me hicieran cesárea, que me ayudaran, yo no podía más (...) después por la mañana estaba más tranquila, mi suegra entró y me habló duro, ya yo le pedí disculpas a los médicos, ellos me atendieron bien, la que me porté mal fui yo, ellos me lo dijeron y yo lo reconozco que me porté muy mal... (Lisette)

Ella está tranquila, ya yo le expliqué que no puede gritar, que si grita y se altera el niño se sube, no baja. Ahorita le pusieron el monitor, ella estaba tan adolorida, quería caminar... (Madre de Lena durante el trabajo de parto)

A mí todo el mundo me dijo que tenía que portarme bien porque si no, no te atienden, como le pasó a ella... (Señala a otra mujer en la sala). Ella dijo malas palabras y cosas al médico que no tenía que haberle dicho y él le dijo, ah, está bien, quédate ahí hasta que te dé la gana de parir. A mí todo el mundo me dijo que me portara bien y así y todo chillé... (Niurka)

El trocar me lo pusieron cuando llegué aquí [a parto], sin suero, no me dijeron por qué (Aleiny)... [la acompañante interviene y explica] porque ellos no saben en qué momento van a tener que poner suero, a ella se lo pusieron en el último momento y ya tienen la vena canalizada, eso es así, igual que cuando ingresan a un muchacho en un hospital, lo primero que hacen es canalizarle vena, para que en un momento determinado con rapidez ponerle un suero, pero además después del parto ponen antibióticos o el mismo suero que usan para inducir parto lo usan después para que se recoja el útero (acompañante de Aleiny).

Yo creo que tuve buen parto y que yo me porté bien, muy importante (Aleiny).

A mí me dieron como siete puntos, yo los fui contando y oí como el Dr. les explicaba a ustedes [las antropólogas] que fueron por dentro, que no me desgarré ni nada (Ivis).

A mí me hubiera gustado estar con mi mamá, con mi esposo no, que va, más mal me hubiera portado. Pero mi mamá me regaña más, me dice que tengo que portarme bien... (Kenia)

Mi parto fue muy malo, muy malo. Muy insatisfecha quedé conmigo, yo me consideraba fuerte, yo he enfrentado muchas cosas en mi vida y pensé que el parto, yo estaba segura que yo iba a colaborar, que todo iba a salir bien y me quedé muy insatisfecha conmigo misma. Yo pensé que yo iba a poder colaborar más. Estoy muy apenada con el médico porque él me decía no has parido porque tú no quieres, porque no haces los pujos, imagínate tú todo queda de tu parte. (...)yo pienso que ellos tienen que ponerse fuertes con uno, la muchacha me decía ¡abre las patas! ¡Abre!, así fuerte porque tiene que ser así, no me pueden pasar la mano en un momento de riesgo. (...) El momento más difícil fue cuando me dijeron que el niño estaba trabado ahí y que no podía estar mucho tiempo ahí. ... pensé hasta en la vida del niño y todo, ese fue el momento peor de todos(llora) (Sandra).

... que molesto, esas muchachas, es que te alteran, eso no las ayuda y a mí me alteraba, si había momentos que yo me sentía bien y empezaban a gritar y ya yo me ponía mal como si me doliera a mi también (Heidi).

Eso es tan relativo, yo recuerdo que le hice el parto a una neurocirujana, amiga mía, y aquello fue, la peor, y ella una bella persona, pero aquella mujer... y el marido, médico también, él no tenía donde meter la cara...sin embargo unos años después tuvo su segundo hijo, yo también le hice el parto y de lo más bien, fue completamente diferente, así que eso... mira, las adolescentes, a mí me encanta trabajar con adolescentes, ellas se quedan tranquilas, hacen todo lo que uno les dice, son más dóciles, pero hay de todo, yo he visto de todo aquí... [Relata anécdotas] (O3)

Generalmente se portan bien, portarse bien es escuchar lo que uno le dice en aras del beneficio de ellas y del producto y bueno colaborar en todo el tránsito. Es colaborar con ella misma, nosotros simplemente somos el instrumento que se encarga de recibir pero la que se encarga de parirlo es ella, colaborar con ella misma, que a veces lo hacen pero a veces no lo hacen y cuando no lo hacen te podrás imaginar porque es bastante engorroso, eres tú como ser como ente social no asumiendo tú responsabilidad y no tomando conciencia de que está en juego la vida del producto de la concepción y delegando esa responsabilidad en nosotros y en ese caso ya nos quedan pocos recursos (O9)

El acompañamiento

Mi esposo trató de entrar varias veces [durante el trabajo de parto], lo regañaron, está muy nervioso, él es venezolano y para él es muy diferente el proceso, en las clínicas allá el padre puede pasar (Yamilé en puerperio inmediato)

Mi esposo está afuera, se para en la puerta todo el tiempo, ya a mi tía la regañaron por ir a darle noticias, él está muy nervioso, pero yo quiero estar con mi tía (Danay en trabajo de parto)

Mi mamá. Eso es penco [su novio], para qué, para que cuando me viera la cara que tenía saliera por ahí para allá (Rosario).

... sí, me hubiera gustado y a él también, aunque se pone un poco nervioso, mi mamá es mejor y con lo emocionada que estaba... (Niurka)

No tuve acompañante, porque mi mamá hace un mes que falleció nada más... y ella era la que me ayudaba en todo. Él cuidaba a los niños, estaba con los niños en la casa, si no, ojalá. Los llevó para la escuela y vino tempranito para acá, ya cuando él llegó yo había parido, todavía no he hablado con él ni lo he visto, ya casi son las cuatro horas... (Maritza)

Yo no sé decirte si me hubiera gustado que él estuviera en el parto, sí me hubiera gustado que estuviera mi papá como en el primero pero mi esposo, no sé, me gusta saber que está afuera, que está cerca pero ahí no sé. Él es bastante, él no es muy valiente, si hasta para hacerse análisis... Él no. Yo pienso que no lo hubiese disfrutado mucho, ese momento de vivirlo tan cerca. Así de lejos, él está emocionado, pero así de lejos, que le avisen, que le digan (Gema).

Mi mamá estaba conmigo pero le dijeron que para allá yo pasaba sola... (Kenia)

A él le hubiera gustado ver el parto, me lo había dicho, pero no hubiera durado nada. (...) Él quiere quedarse aquí [alojamiento conjunto], pero aquí no lo dejan quedarse, porque dice que mi mamá parece que de los nervios está con tos allá afuera y él me dijo, ella no puede con esa tos, yo me quedo, yo me quedo. Si lo dejan que se quede, que

aprenda desde el principio (Ivis).

... me hubiera gustado que alguien me hubiera acompañado en el parto, pero me dijeron que las personas que tenían acompañante eran las que pasaban la psicoprofilaxis y en el hogar no me dijeron nada, no hicieron tampoco, ahora me enteré que la están haciendo. Nunca me hablaron de eso, nunca se dijo nada y en el otro embarazo tampoco yo me estoy enterando de eso ahora. Si hubiera podido elegir hubiera querido a mi mamá, no sé me gustaría que ella viera como naciera su nieta y como nació su nieto (Nancy).

Mi suegra se portó de lo más bien [en parto], ay sí pobrecita, ella hizo cuclillas conmigo y todo. Me ayudó cantidad (Lisette)

Él estaba desesperado allá afuera por venir para acá y ayudarme a hacer lo que hubiera que hacer, pero no podía. (...) En la sala yo sí quiero que se quede, y él también quiere, estoy segura, pero ¿lo dejan?... si lo dejan que se quede para que empiece a aprender desde el principio (Aleiny).

Su papá quería estar con ella, él es paramédico y ellos son muy unidos, pero no están permitidos los hombres, la doctora le explicó que aunque él es trabajador del sector las medidas tienen que ser iguales para todos (Madre de Lena en parto)

Yo creo que, que tengan acompañante aquí [parto] ya es un triunfo porque aunque nosotros queramos esto no está preparado para eso porque se viola no solo la norma de que este mira a aquel y aquel mira a este y de que el hombre de esta paciente le esté mirando los nalgas a la otra mujer, no solo eso, hay una serie de normas epidemiológicas que se violan también, que en otros países sé que paren en un cuarto y ahí mismo sucede todo y paren con su familia, pero al final hay normas de epidemiología, pero aquí es demasiado, el flujo de gente y me parece que hay que preservar un poco eso. (...) en alojamiento conjunto, yo creo que si se hace un poco de esfuerzo se hace, pero yo no estoy convencido de que no sea contraproducente. De todas maneras el alojamiento conjunto está muy bien seguido, en este hospital se sigue muy bien el puerperio. Está claro que puede quedarse dormida y ahogarlo, dormirse encima del niño, todo eso puede pasar, no pasa pero está descrito que puede pasar. A mí me parece bueno, todo lo que humanice la atención me parece bueno, pero las condiciones no son las que quisiéramos (O3).

6.2.3 Primer encuentro de la madre con su hijo/a

La bata no me deja verlo, está lindo y rico ¿verdad? Hay que rico... (Lisette)

Aquí fue que la vi bien, con calma, en cuanto llegué la revisé todita, esta bella, tenía unas ganas de... (Lena)

Yo estaba todavía del lado de allá y ya ella estaba aquí [puerperio inmediato] chillando, yo tenía unas ganas de verle bien la cara, yo la oía desde allá [salón de parto] (...) en cuanto llegué aquí me la engancharon en la teta, yo todavía no siento que hale, no la he visto bien pero creo que está gordísima... cuando me dijeron cógela (se ríe nerviosa) son tan chiquiticos y blanditos... (Rosario)

Cuando salí, lo vi así de refilón, no me lo enseñaron, pero lo vi de refilón... (...) A mí no me ensañaron al niño ni nada, él nació y se lo llevaron... (...) Yo no lo había visto, a los otros cuando yo los parí me los llevaron y me los pusieron arriba (Yaíma).

6.2.4 El puerperio hospitalario

El ejercicio de la maternidad

Yo tengo miedo a la hora de cargarlo, yo nunca he cargado a un niño chiquitico y a la hora de bañarlo ¡ay mi madre! Por suerte tengo a mi mamá, ella me va a ayudar en todo (Niurka en recuperación).

... una enfermera vino y me dijo ¿quieres que te enseñe o que te lo bañe? no, yo quiero que me enseñe porque yo no sé y me da miedo (...) Yo le empecé a cortar las uñitas, le corté dos ... pero me dijo la pediatra que tenía que esperar nueve días... (Niurka en sala de parto)

Sí, me siento preparada, lo que sea pa' lante y a él siempre y cuando yo lo apoye va a estar preparado (Sheila).

... no he podido descansar, ella ha dado muy malas noches, es muy comilona (Dunia).

... al principio es más difícil, pero más o menos le voy cogiendo la vuelta... (Niurka)

Yo estoy preparada para las malas noches, ella parece tranquilita, pero al principio siempre es así, después viene lo bueno y es cuando dicen ¡aquí estoy yo! y ponen a todo el mundo a correr... (Evelyn)

Al principio siempre uno es torpe, cuando vayan pasando los días... (...) Mi bebé se porta bien, él es tranquilito,

pero igual no puedes descansar porque hay mucha bulla, muchos niños llorando y hoy estoy bien, pero ayer sí fue tremendo el dolor de los puntos (Heidi).

A mí me encantan los niños, pero realmente así tan chiquiticos nunca los cargué. Chiquiticos no los sé cargar (Sandra).

A mí me da miedo cuando están chiquiticos así, me da miedo bañarlos, si se atorran (Leyanis)

Yo pude descansar, aunque no me puedo ni mover, esos puntos... la niña es dormilona, si la dejas... mi mamá le preguntó a la pediatra y le dijo que la despertara cada cinco horas para mamar (Lena)

Ayer cuando vinieron yo quería bañarla y pregunté si podía y me dijeron que no, que las primeras 24 horas hay que dejarle la grasita esta con la que nacen, pero yo estaba loca por bañarla y quitarle todo esto... (Aleiny)

La lactancia

Yo pregunté de la lactancia, me dijeron que 30 minutos... me dijeron que con el tiempo si se deja dormir mucho puede hacer una hipoglicemia. Esa leche es lo mejor, el niño no se enferma (Arellys).

Para mí que no tengo leche... porque yo era lechera, no creas, no sé, las otras veces yo enseguida... yo sí he lactado a mis hijas, bastante (Dunia)

Claro, si es mejor que cualquier cosa inventada de esa que usan por ahí, la gente dice que si agua de arroz, están locos, muchacha, por mí si coge el pecho, es mejor (Niurka).

Yo me tengo que incorporar a la escuela en enero, finales, yo después me saco la leche y se la dejo a mi mamá ahí, y yo viro temprano de la escuela, es lo mejor para ella ¿no? (Rosario).

Yo estoy muy interesada en darle la lactancia materna, voy a hacer todo lo posible, voy a ser muy disciplinada y darle pecho, no sé qué tiempo, no sé, dicen que por lo menos los primeros cuatro meses, no sé (Sandra).

Normal con la teta, el primero no se llenaba con nada y mi mamá preparaba todas esas cosas que preparaban la gente mayores... yo no les decía nada a los médicos si así es como yo dormía, la gente mayor inventa, agua de arroz. Con este no pienso mucho, yo no sé hacer eso, mi mamá se lo hacía porque sabía, yo daré teta, si no se llena le daré leche evaporada que es lo que me dan (Maritza).

Redes de apoyo

Mi esposo estaba loco por ver a la niña y mi papá, no la vieron hasta que salí de recuperación, por la noche se quedó mi tía, mi mamá estaba muerta, toda la noche... imagínate. Durante el día hay libertad para las visitas. No puede haber acompañante hombre, yo lo entiendo por el tema de que hay muchas mujeres semidesnudas... La sala siempre está llena de gente, a mi no me molesta, como están los míos... (Yamilé en sala de puerperio)

No, aquí no hay líos, por el día, yo he venido todos los días y me he quedado con ella, no hay líos te ven y no te dicen nada, cuando viene el Dr. sí te manda a salir. Yo lo cargué, ahí bien, bien, le hice pila de fotos... (Reinier, compañero de Niurka)

Me acompañaron mi suegra y amigas mías, mi esposo no, no lo intentamos porque siempre lo negaron, al principio dijeron que no era posible, que tenía que ser mujer (Vivian).

A él no lo dejan quedarse, aquí los hombres es más bien a distancia. Yo sí quiero, si yo le dije a mi mamá, mami que se quede él y ella fue la que me recordó que no dejan hombres. Yo creo que sí, que él se quedaría bien (Gema).

Yo me quedé las dos noches, no me he ido, es que nosotros no tenemos a más nadie, mi hermana se quedó con mi niña chiquita y ya, yo vine para acá con todo, a comer, a bañarme aquí, el esposo no se podía quedar y no tenemos a más nadie (Madre de Heidi en sala de puerperio).

Yo no me he ido, qué voy a hacer, nosotros no tenemos a más nadie, bueno al papá de ella y al esposo así que... (Madre de Lena en sala de puerperio)

El ambiente hospitalario

...los baños sucios (Lena)

El Hospital tiene problemas estructurales, las ventanas están rotas o no cierran, de día entra mucho sol, es incómodo (Yamilé).

Ella está tranquila, porque está tranquila, por ella, pero el ambiente aquí no ayuda, mira esta bulla, la chiquita sufriendo con dolores y esto es un hervidero... (tía de Danay en parto)

... las condiciones aquí están muy malas, pero bueno, lo que hace falta es que el capítulo pase rápido, irse rápido ... estoy loca por irme (Vivían)

Me he sentido bien atendida, dentro de lo que cabe, pero las comodidades son pésimas... lo que quiero es irme de aquí... (Daymé)

Ahora lo que estoy es loca por irme para mi casa. (...) Esto está más o menos, el baño, no está bueno, la taza descarga pero está sucio, nosotros tuvimos que limpiarlo cuando llegamos aquí (Aleiny).

... yo estoy loca por irme para mi casa. El baño es un pantano, imagínate, no todo el mundo cierra bien la pila y mira... (Niurka)

Dónde está la reparación que dicen que están haciendo, yo lo veo todo peor. Porque a mí me dijeron que habían arreglado algo, pero no. Por lo menos este baño descarga, cuando yo parí a mi niña ese baño no descargaba (Leyanis).

Pero es que este hospital era lo mejor que había y ahora mira. Yo no entiendo como los hospitales del vedado están así. Pero además la limpieza, mira las paredes que sucias, que cuesta pintar esto un poco y tú viste como está ese baño y eso que ayer nosotros lo limpiamos un poco... (Yaíma).

6.2.5 Concepción de la paternidad

Sí, yo hubiera estado [en el parto], si me hubieran dejado yo hubiera estado, a lo mejor me ponía nervioso, pero sí... (Javier, compañero de Lisette).

Lo dejaban pasar, hacía preguntas y ya ahora le daban para que sintiera el foco. Es que también como es la misma área donde yo trabajo, la ginecóloga me conoce, yo conozco a todo el mundo y ella me decía, vamos a mandar a pasar al papá. Yo estaba rodeada de toda la gente que yo conocía (Ivis).

Desde el embarazo, estaba loco porque naciera, hace días que estaba, mami no hay que salir ya para el hospital, no te sientes nada, estaba loco porque naciera. El pasó ahorita pero todavía no me han traído a la niña. Yo no sé si lo dejen entrar después... (...) todavía está en shock (Leyanis)

El papá está tan emocionado que lo único que hace es llorar, está llorando y llorando, la vio cuando la pasaron para acá, se la mostraron en el pasillito y ahí arrancó a llorar de nuevo (Madre de Leyanis, acompañante en alojamiento conjunto).

Él me acompañaba a todo, a los ultrasonidos, a todo, siempre estaba preguntando, igual que yo (Rosario)

Los ultrasonidos mi esposo los disfrutaba, iba y los filmaba con el celular, él siempre fue conmigo a las consultas (Lisette)

Él cada vez que viene [sala de puerperio] no lo suelta, es para arriba del niño. Lo carga. Ahora le está haciendo la inscripción. (...) Cogió vacaciones, una semana, está loco porque vayamos para la casa para aprovechar el tiempo con el bebé... (Daymé)

Él no vive conmigo, pero sí me ayudó mucho, me acompañó a las consultas, desde que me ingresaron no se ha ido... (Aymara)

Él, emocionado con la barriga, y que si la barriga esto y lo otro, atormentado, tú sabes cómo no tiene hijos, el primero y él era estéril, nunca había preñado a nadie. (...) Desde que yo le dije que estaba embarazada, se quedó... lo único que sabe decir es menos mal que alguien me va a decir papá, eso es lo único que sabe hablar. Está más feliz que yo. (...) Él en el embarazo me preguntaba cantidad, y cómo se pare, y cómo es esto, y cómo lo otro, y si el niño en la teta, como se da, lo pregunta todo. Cuando iba a la consulta lo preguntaba todo... (Maritza)

Mi esposo iba. Él no podía ir a todas porque él trabaja, siempre que podía iba... (...) él siempre me dio ánimo (Irina)

Él, él estaba loco por tener otro hijo. Estaba... (...) Me acompañaba a las consultas cuando podía, cuando no tenía que trabajar o podía llegar más tarde, por él hubiera ido a todas (Sheila).

Claro que me va a ayudar [su compañero], tiene que ayudar, él ya tiene experiencia, él tiene una niñita y dice que sí, que sabe lo que le espera (Danay)

Él me acompañaba a todas. Él tiene horario abierto, más bien trabaja a deshoras. Él hacía preguntas cantidad, quería estar en todas, tú sabes cómo son ellos de... a él le gustaban más las que eran con ella [Ginecóloga amiga del padre] porque como se lleva bien con la Dra. estaba al día y preguntaba (Gema).

Mi esposo hace cosas en la casa, si hay que lavar, lava, si hay que limpiar, limpia, si yo lo puedo hacer lo hago,

pero él también... (Sheila)

... yo tengo que seguir en la pelea, el esposo ahora cogió vacaciones, pero tendrá que regresar al trabajo y sí, sí, él tiene que ayudar en la casa, imagínate (Madre de Lena)

A las consultas él no me acompañaba, no podía estaba trabajando, yo iba con mi suegra o con mi mamá y a veces sola (Daymé)

Él siempre lo quiso. Nos casamos hace dos años y él siempre quiso tener otro hijo y yo quería y no quería (Dunia)

Él ayuda más que mi papá, si yo a veces le digo a mi papá, mira, mira a Reinier como friega y tú en vez de fregarle a mi mamá te sientas en el sillón (...) Él ha estado trabajando hasta el último momento, cuando yo para, mi mamá lo llama y viene para acá, pero mientras tanto... como él trabaja particular... (Niurka)

6.3 Relación que se establece entre la mujer y el servicio de salud

6.3.1 Relación médico-paciente

No, a ti no te dicen nada... (Yaíma)

Si, ellos pasan visita pero no te explican nada, hablan entre ellos, tú te enteras de todo porque lo hablan entre ellos, aquí mismo pero entre ellos (Leyanis)

... ellos no explican mucho, revisan a la niña, le hacen varias cosas y le explican a los estudiantes y tú vas aprendiendo y viendo lo que le hacen... (Yamilé)

Anexo VI. Consentimiento informado para participar en el estudio

Investigación: “Factores culturales, sociales y de género asociados al embarazo, parto y puerperio”.

Investigadora: Dailys García Jordá. Investigadora Agregada del Museo Antropológico Montané, de la Facultad de Biología de la UH. Máster en Antropología. Aspirante a Doctorado en Ciencias de la Salud.

Estamos solicitando su cooperación voluntaria para participar en este estudio, que tiene como **Propósito:** Identificar el modo en que la ideología y cultura de la reproducción, las características del espacio de reproducción social y los comportamientos de la vida cotidiana, determinan el tránsito por el embarazo, parto y puerperio y su repercusión en la salud y bienestar del binomio madre-hijo/a y la familia.

Justificación de la Investigación:

La reproducción humana y sus componentes: embarazo, parto y puerperio, constituyen procesos bioculturales. Dichos procesos, están caracterizados desde el punto de vista morfo-fisiológico, no obstante es limitada la comprensión de su relación con comportamientos, estilo de vida y cultura; los modos a través de los cuales se estructuran las creencias, actitudes y prácticas respecto a ellos y cómo influyen en el tránsito por estos procesos y si determinan o no, la aparición de padeceres.

Procedimientos:

Su participación consistirá en responder a una entrevista en profundidad, que de Ud. estar de acuerdo, será grabada. Tendrá una duración aproximada de 1 hora. Durante la misma, podrá contestar y opinar sobre lo que desee. Dicha entrevista explorará aspectos de su vida privada (familia, vida cotidiana) por lo que será su derecho aportar dicha información o no. La información obtenida será considerada confidencial, se respetará su anonimato y sólo será empleada con los fines investigativos aquí declarados. Si algunas de las preguntas la/o hacen sentir incómoda/o, podrá no responder, tendrá plena libertad de solicitar el fin de la entrevista en cualquier momento. Su nombre no va a ser utilizado en ninguno de los informes o publicaciones que del estudio se hagan. Las grabaciones serán transcritas y posteriormente eliminadas. Las transcripciones serán identificadas a través de un código individual asignado.

Beneficios Esperados:

Generar conocimientos que permitan: promover comportamientos que generen salud en la esfera reproductiva o se vinculen a ella de forma positiva, dar explicación y profundizar en las causas socio-culturales en relación con las biológicas, de la dinámica de la población en cuanto a las características demográficas relacionadas y proponer estrategias de intervención que promuevan una maternidad y paternidad responsables, calidez y humanización en los servicios de atención a la mujer embarazada, de parto y puerpera, a través de una mayor incorporación de las mujeres y sus familias en la planificación, ejecución y evaluación de la atención

Declaración de la voluntariedad:

He leído (o me han leído) y entendido el propósito, justificación y beneficios esperados de esta investigación. He tenido la oportunidad de preguntar dudas. Puedo contactar a la investigadora del estudio en el momento que así lo desee. Por lo que acepto voluntariamente participar.

Firma de la entrevistada/o (Opcional):

Firma de la investigadora:

Fecha:

Anexo VII. Estudios de Caso. Análisis de las entrevistas en profundidad

Caso 1. Maura

Maura tiene 38 años y un bebé de cuatro meses de nacido. Ella y su esposo son universitarios y realizan trabajo intelectual, poseen un nivel socioeconómico estable. Residen solos en un apartamento amplio, de dos habitaciones, en buenas condiciones. Están juntos hace más de 5 años, casados y conviven desde el principio de la relación. Durante toda su vida de pareja la actividad social ha sido intensa. Las tareas domésticas están distribuidas entre uno y otro, por lo que ella considera que llevan una dinámica familiar buena y armónica. Durante el embarazo se mudaron cerca de su familia, de modo que la madre de Maura participó en el proceso del nacimiento y la crianza del bebé, lo que fue vivido con ambivalencia por la pareja, en general poseía una buena red de apoyo familiar para las tareas domésticas y el cuidado del bebé. Deseaba ser madre, había quedado embarazada en dos momentos anteriores y en ambos casos los interrumpió. Este embarazo no fue buscado y la decisión de tenerlo se basó en la edad de ella, refirió que desde los 30 años experimentaba de cierta manera presiones sociales al respecto.

Definió la maternidad como bonita y consideró que se disfruta si existe el apoyo en la pareja y es deseada. Para ella ser madre es responsabilidad y cambios importantes en la vida de la mujer y de la pareja. Refirió que las mujeres comienzan a vivir la maternidad desde el momento que descubren el embarazo y más aún en la medida que experimentan los cambios en su cuerpo. La paternidad en cambio, comienza, en el momento que ven al bebé, una vez nacido, aún cuando durante el embarazo, mostraron afecto hacia el bebé en formación a través de caricias y participaron en los preparativos para el nacimiento.

... una vez que confirmé que estaba embarazada decidí, decidimos tenerlo, fundamentalmente por el tema de la edad, yo tenía 37 años en ese momento y casi era una decisión de tenerlo o no tenerlo, si hubiera podido parir hasta los 60 hubiera esperado hasta los 60, no lo hubiera tenido a los 37.

Durante el embarazo cambió mucho su cuerpo, más que el abdomen le preocupó el aumento de tamaño de los senos. Consideró que su esposo y su familia la veían mejor de lo que ella se veía. En la medida que avanzó el embarazo se cansaba, estaba incómoda y limitada para hacer cosas que hacía normalmente con facilidad, lo que le impactaba con su independencia. Trabajó durante el embarazo hasta la semana indicada, continuó su vida normal y caminó más de lo habitual, por recomendación de su esposo. Consideraba que no necesitaba cuidados y atenciones especiales, salvo ayuda en las cosas que no podía hacer por sí misma. La familia y los compañeros de trabajo fueron solidarios en todo momento. Sus principales preocupaciones eran relacionadas con el bebé, con su formación y en muy poca medida con su edad, aunque era considerada de riesgo.

En cuanto a la atención médica del embarazo fue “disciplinada” y asistió a todas las consultas que le indicaron, aunque consideró que fueron muchas, más aún en su caso que se le adicionaron consultas de

Genética. Las de nutrición fueron mensuales y según su apreciación perdió el tiempo. Buscó un médico de la atención secundaria, con quien estableció una relación muy buena, siguió todo su embarazo y estuvo en su parto; por lo que no consideraba necesaria la atención con el ginecólogo del policlínico, quien tenía además muchas embarazadas sin otra atención a las que consideró, hubiera podido dedicarle más tiempo. De las pruebas realizadas, solo le pidieron su consentimiento para la amniocentesis. Por lo general, a las consultas y ultrasonidos asistió sola, salvo algunas oportunidades en las que su esposo la acompañó, quien generalmente no podía ir por razones de trabajo. No encontró donde hacer psicoprofilaxis, ni recibió orientaciones médicas para otro tipo de ejercicios.

En relación al bebé, siempre quiso una niña, aunque presentía que era varón y en el ultrasonido de la semana 20 lo confirmó.

Buscó atención secundaria en un hospital que no le correspondía por su lugar de residencia motivada por la presencia de un especialista con quien existían vínculos previos. No tenía expectativas ni preocupaciones con relación al parto, se sentía muy segura ya que su médico de atención secundaria estaría ahí, aún cuando no estuviera de guardia. El parto se le presentó con 38 semanas de gestación.

...a las seis, tenía las contracciones cada cinco minutos y tres de dilatación, me llevaron para parto y me pusieron el monitor (...) el monitor ese no lo resistía, la correa amarrada con las contracciones eran incómodas, el taca taca... Como a las 12 del día me rompieron la fuente porque tenía siete de dilatación. Me dijo que lo mío era para las tres de la tarde. Enseguida que me rompieron la fuente me dijeron lo que tenía que hacer cuando sintiera la contracción, cómo tenía que respirar, que tenía que pujar, me explicaron cómo era. (...) el tema del trabajo de parto y eso, te desgasta. El mío que no fue ni un parto demorado, ni complicado, pero llega un momento que estás cansada, no puedes comer nada, es jugueto nada más y llega el momento, cuando llevas tantas horas... no te dejan caminar, es acostada, antes mandaban a hacer cuclillas, pero ahora no, es acostada, caminas para ir al baño o para si te van a cambiar de cuarto para ponerte en el monitor (...) a las tres y cuarto me llevaron para el salón de parto y a las y 28 el niño ya había nacido (...) yo parí acostada, yo se que la gente ahora pare sentada, parada, pero no..

A Maura le practicaron una episiotomía, de la que fue avisada con anterioridad, consideró “los puntos” como la parte más dolorosa y difícil. Cuando el niño nació le dijeron que era varoncito y que estaba bien, se lo entregaron cuando pasó a recuperación.

Cuando lo vi lo revisé que estaba completo, lo veía medio albino... Un poco que todavía tú no crees que sea... para mí fue una sensación rara, es un bebé que sabes que es tuyo, pero que estás como identificando, como reconociendo.

Consideró que la atención recibida fue buena, ya que había muchos médicos y la examinaron con frecuencia.

Me revisaban seguido, no solo por la doctora que conocía, el resto de los que no conocía me parecían muy preocupados, yo por un rato quería dormir, tenía sueño, hubo un rato que ella estaba sentada al lado mío chequeando el monitor y yo medio que me dormía y mi mamá me abría los ojos... y me decía ¡no te duermas! (...) En recuperación, no estaba mi amiga y la atención igual fue buena, había unas estudiantes extranjeras y muy preocupadas, los hombres me pidieron permiso para revisarme, para ver cómo estaban los puntos, para ver cómo iba el sangramiento, si me sentía bien, si me sentía mal...

Su esposo quiso acompañarla, era el deseo de ambos, no obstante no se lo permitieron, en parto su

esposo estuvo en algunos ratos con ella, en el parto no lo intentaron porque con anterioridad les habían informado que no era posible y después del parto tampoco se lo permitieron.

... me hubiera gustado que mi esposo estuviera en el parto, ese rato para él fue negro, él hubiera querido estar todo el tiempo dentro. Uno como mujer siente el tema de la maternidad desde un inicio, lo vas disfrutando más, pero para ellos es hasta que no lo ve. (...) Él intentó quedarse después que parí, a mi me hubiera gustado...

La estancia en el hospital posterior al parto fue de menos de 48 horas, se refirió molesta a la falta de higiene: *... los baños, infernales, no tanto los pasillos (...) el cuarto estaba sucio.*

Había decidido lactar a su bebé, conversó con los médicos sobre la lactancia, recibió consejos y aclaró dudas al respecto. No bañó al niño, ni recibió instrucciones de cómo hacerlo en el Hospital.

La llegada a la casa constituyó una parte importante en su narración del proceso, fue un momento muy difícil para ella, recibió mucho apoyo de su esposo, que asumió las tareas que eran de ella. La lactancia exclusiva la experimentó con ambivalencia.

Llegar a la casa, es un infierno, empieza todo el mundo a venir a ver el bebé, tu lo único que tienes ganas es de acostarte a dormir. El primer día el bebé se lo pasó llorando, físicamente yo no tenía ningún problema en el pezón, el niño lactaba bien, pero no había suficiente para que el niño se llenara. Yo había decidido hacer lactancia exclusiva, lo intenté desesperadamente (...) Y recibiendo visitas, tu sabes cómo es el cubano, que sabe de todo, todo el que viene tiene una teoría diferente (...) tú un poco que quieres hacer las cosas como dicen que son y un poco también a veces te sientes que no sabes lo que vas a hacer (...) porque todo ha cambiado, los niños antes a los 15 días tomaban jugo y ahora no toman ni agua hasta después de los 4 meses. Los temas de la fiebre son complicados, la fiebre antes se bajaba de una manera y ahora eso está contraindicado (...) entonces me quedo así, en duda, de si lo moderno es lo adecuado o los viejos tienen razón y eso un poco te preocupa porque no tienes otra experiencia de decir lo voy a hacer así que me ha dado resultado (...) el tema de la lactancia, el primer mes, los primeros 45 días, llega un momento en que te agotas, porque te pasas prácticamente el día y la noche sentada en el sillón, lo pones en la teta, el niño se duerme, no chupa, despiértalo, chupó otro poquito, estás en eso una hora, lo acostaste y todavía tú no has mirado para el otro lado y ya te toca de nuevo, el tiempo ese entre una toma y otra se te pasa rápido, vuelve para el sillón, vuelve para la misma historia y ya llega un momento en que tú estás extenuada de eso, aún cuando sepas que es súper-importante. Yo no me sentí mal de los puntos, a mi no me molestaron, pero tenía dolor de espalda y el sillón me reventaba. Lo otro es que cada vez que el niño llora todo el que está a tu alrededor te dice dale un buchito y tú verás cómo se tranquiliza y tú lo último que quieres es darle el buchito en ese momento, entonces sí, puede que tenga sueño, hambre, uno nunca sabe realmente y es verdad que el buchito lo tranquiliza, pero tienes los senos que te los sientes que parece que tienes un fósforo encendido de tenerlo todo el día pegado ahí (...) Yo estaba agotada pero quería mantenerme, estuve en lactancia exclusiva hasta una semana antes de cumplir los 4 meses...

En el momento de la entrevista su mayor preocupación era separarse del bebé, empezar a trabajar. No se acogería al derecho de la prestación social hasta el primer año y su madre se ocuparía del cuidado del bebé. Consideró que disfrutaba de su hijo y de la maternidad en general, no obstante identificó algunos elementos que pudieran considerarse negativos, aunque se mostró reticente a llamarles de esta manera. Entre estos, los cambios en la pareja, ya que consideraba que él había perdido espacio, así como las contradicciones que surgieron entre su esposo, ella y su familia, especialmente su madre, emanadas de las decisiones relacionadas con la crianza del bebé.

... uno siente que lo cuida mejor que los demás, independientemente de que no sea así, a veces mi esposo lo tiene, está llorando y aunque sé que está con él vengo a ver qué está pasando, uno se vuelve más protector,

más malcriador (...) Hay cosas que tú cambiarías en tú educación y que tu mamá dice que están bien como ella te educó (...) incluso con mi esposo, desde que empezamos a convivir todo fue muy bien, pero con el niño, hay más puntos de vista diferentes (...) hasta ahora hemos logrado llegar a un acuerdo... y sí, yo lo convengo o lo venzo, cuando la cosa se ponga más difícil se hará lo que yo diga, al final saldrá la teoría de que yo fui la que lo parí (riéndose).

El primer encuentro con su hijo fue para ella el evento más importante de todo el proceso: *...cuando ves el bebé por primera vez, más que cuando nace, cuando ya lo tienes.*

Caso 2. Daniela

Daniela tiene 33 años, está casada y convive con su esposo hace tres años, en el momento de la entrevista tienen un bebé de cuatro meses de nacido. Viven en una casa amplia, antigua, con los padres de ella, mayores y vinculados laboralmente. Es universitaria al igual que su esposo y ambos realizan labores intelectuales según su profesión. Sus posibilidades económicas son escasas. Su dinámica familiar y de pareja ha sido aceptable, su esposo desde que conviven asumió, con algún grado de inconformidad, tareas domésticas que anteriormente no realizaba. Daniela buscó y deseó el embarazo por 10 años, con tres parejas diferentes, incluida la actual. No refiere el hecho de no lograr el embarazo entre las causas de las separaciones previas. Ellos tenían o tuvieron posteriormente confirmación de su fertilidad. Asistió por dos años a consultas de infertilidad. Hace 11 años se le realizó una ovariectomía no obstante no tenía una causa identificada para no quedar embarazada. Logró el embarazo mientras realizaba un tratamiento con antibióticos para una bacteria que le había sido diagnosticada fuera del servicio de infertilidad.

Concibió la maternidad como una tarea maravillosa, bonita y difícil, lo que expresa con mucha emoción. La paternidad según su opinión es igual que la maternidad, significa lo mismo y comienza desde que buscaron y desearon juntos el embarazo.

Ser madre, ahora lo primero que se me ocurre es que es una tarea muy difícil, pero es muy bonita, cuando tu miras a tu hijo es algo maravilloso (ojos aguados) (...) es muy difícil porque te haces responsable totalmente de una persona, de un ser vivo, tienes que estar todo el tiempo pendiente, tienes que renunciar a muchas cosas para poderlo cuidar, darle la seguridad que necesita, también es muy difícil porque uno nunca se prepara para eso, es la preocupación de si se te enferma, de si llora (...) La paternidad en lo único que se diferencia de ser madre, es que las mujeres paren y dan la teta, todo lo demás lo puede hacer un hombre igual que una mujer, ser padre es responsabilidad y amor.

La confirmación del embarazo la tuvo por el médico que la atendía por infertilidad. En ese momento tuvieron muchos miedos y preocupaciones de los que aún conservan algunos. Los cambios en el cuerpo los vivió bien, lo que considera se debió a lo deseado del embarazo y lo feliz que estaba. Al final se sentía incómoda por *el peso de la barriga, el calor y algunas limitaciones*. En general no consideraba que necesitaba cuidados especiales, se sintió muy consentida por la familia, los compañeros/as de trabajo y los/as amigos/as, de hecho quería hacer cosas que no le permitían.

Daniela explicó que siempre deseó ser madre, es hija única, al igual que su esposo y ambos dada su experiencia de vida, consideraron la necesidad de los hermanos, por lo que pasado un tiempo planificarán

otro embarazo.

La atención durante el embarazo la considera muy buena y dio una opinión muy favorable de quienes la atendieron en el consultorio médico y el policlínico. Recibió mayor número de consultas de Genética por una pequeña dilatación en los riñones que presentó el bebé. Le agradece al ginecólogo del área el trato y la ayuda brindada, sin embargo se quedó con el deseo de tener a alguien que la atendiera durante todo el embarazo y hasta el momento del parto, *creo que eso es muy importante, que da mucha seguridad. Eso no lo pudimos lograr*. Su esposo trató de ir a la mayoría de las consultas, siempre que su trabajo se lo permitió, no faltó nunca a las de genética en las que se hacía un ultrasonido previo y *era la posibilidad de que pudiera ver a su bebé*. De todas las consultas salieron siempre muy satisfechos, se habían informado y hacían muchas preguntas e intervenciones que en todo caso fueron bien respondidas y aceptadas. Se considera muy disciplinada por lo que asistió a todas las consultas y cumplió con todas las indicaciones. Su embarazo fue considerado de alto riesgo por sus antecedentes ginecológicos y la infertilidad, lo que fue catalogado solo una formalidad por parte de los médicos. Durante la atención no recibió recomendaciones sobre psicoprofilaxis, en su policlínico no se realizaba, averiguó y asistió a otro policlínico de su municipio. Asistió a la psicoprofilaxis con el principal objetivo de que tributara a la presencia de su esposo en el parto, no obstante refirió que lo aprendido y el entrenamiento en técnicas de respiración fueron de gran utilidad.

Pasé el curso de psicoprofilaxis, busqué materiales, me informé y empecé a hacer ejercicios para facilitarme la labor del parto. (...) Nosotros pasamos el curso más que por los ejercicios para que él pudiera entrar al parto, porque nos habían dicho, amistades, que si pasaba el curso podía entrar, él quería entrar. (...) El ginecólogo del policlínico me dijo que mi esposo podría entrar al parto, pero que eso dependía del que estuviera de guardia. (...) El curso fue solo de ejercicios, yo me quedé con muchas dudas de qué cosas hacer con el niño, yo no tenía ninguna experiencia.

Para el parto se había preparado psicológicamente, quería parir y sabía que sería un momento muy doloroso. El mismo día que cumplió las 40 semanas expulsó el tapón mucoso, fue para el hospital y se quedó ingresada. Durante esa noche la monitorearon y le preguntaron si tenía contracciones. Al amanecer la examinaron y con seis centímetros de dilatación le rompieron membranas, a partir de ese momento le comenzaron las contracciones dolorosas y muy fuertes.

Durante la mañana tuve las contracciones con pujo, venía alguien y me decía puja puja, para mí fue muy embarazoso, me hice pipi, caca, me decían que no me preocupara, que pujara ... yo sabía que no podía gritar, que tenía que estar tranquila, me han dicho, amistades, que si gritas el niño se te sube y se dificulta el proceso, yo además trato de portarme bien. Me ayudaron mucho los ejercicios de respiración... a las 11:30 me examinaron y me dijeron que tenía la cabeza ahí, me montaron en una silla de ruedas y me llevaron para el salón de parto. A las 11:40 parí. Comí el viernes por la noche, al otro día me dijeron que no podía comer. Durante el parto no me recomendaron nada, bueno, caminar solo al final, ya cuando me decían que tenía que pujar. Pero por la madrugada yo estaba caminando por el pasillo y una mujer que no creo que fuera enfermera, me dijo pero ¿por qué tú caminas? Yo le dije que necesitaba caminar para favorecer el parto. Entonces entré a un cuartico que habían unos sillones y ahí caminé un poco, hice un poco de cuclillas, ahí me sentía bien caminando pero ya cuando me mandaron a caminar, que las contracciones eran más fuertes, ahí no podía me doblaba del dolor, me caía y mi mamá no podía conmigo. Estar acostada no podía, estar sentada tampoco. En el salón de parto, me mandaron a acostar, yo quería

estar semi-sentada, pero no lo pedí, ellos mismos te acuestan, una pierna por aquí, otra, y ya. Me picaron, yo sentí que me picaban. Los puntos, no sentí los primeros, pero los últimos... me demoré más con los puntos que con el parto. Cuando nació prácticamente yo no pude verlo, cuando salió la enfermera me hizo mira y prácticamente no lo vi... yo esperaba que a mi bebé me lo iban a poner, aunque fuera un minutico, yo creo que eso es una experiencia que hace falta, que te lo dejen ahí, el poder sentir el calor de tu hijo y que tu hijo pueda sentir tu calor (...) Cuando me estaban cosiendo vino una, se asomó en la puerta y me dijo pesa 7.13 y el Apgar⁴ es 9. Después me enteré que mi esposo estando fuera oyó a una Dra. que salió diciendo a otra persona, cargué al chinito y por eso supo que había nacido. Después me pasaron a recuperación, yo pensé que yo salía con mi bebé, pero no, yo salí sola, en recuperación me lo trajeron, me lo pusieron al lado de mi cama y me dijeron ponlo en la teta. (...) El parto me lo hicieron dos extranjeros muy buenos, que me ayudaron mucho y me apoyaron mucho (...) El médico que me atendía por infertilidad fue quien recibió al niño.

Considera que tuvo un buen parto, no tener al bebé inmediatamente después del nacimiento como esperaba y que su esposo no pudiera acompañarla, constituyeron elementos que narró con angustia y evidente frustración. Ellos habían concebido este momento juntos y se habían movilizadado durante la gestación en función de lograrlo.

A mi esposo no lo dejaron entrar, se quedó conmigo mi mamá hasta que me llevaron al salón de parto. A él lo dejaron entrar 5 minutos, porque le lloró a alguien, no lo dejaban. (...) Yo soy del criterio que el padre tiene que hacerse responsable desde la concepción y de que uno de los momentos más lindos que puede vivir un hombre es ver nacer a su hijo... entiendo algunas razones, que hay hombres que se desmayan, que se ponen nerviosos y que a lo mejor las condiciones no son las mejores, pero eso hay que repensarlo, en primera porque las mujeres lo necesitamos, como un apoyo (...) pienso que es una decisión de pareja y los médicos deben estar capacitados para en un momento determinado sacar a un hombre que no se comporte como es debido. ... nosotros conseguimos la ropa de salón y la llevamos por si nos decían que no había, llevamos el autorizo, el certificado de que habíamos pasado el curso, y nada, no hubo oportunidad y yo necesité tener a mi esposo al lado, es la mano que se te da en el momento que tú estás pasando por unos dolores tremendos y una gran emoción y yo no quería vivirlo sola, porque el hijo se concibe entre los dos... por qué negarle al padre ese derecho de ver nacer a su hijo. A mí me parece que es un derecho, para mí fue una necesidad, yo lo necesité mucho y él se quedó con ese deseo de ver nacer a su hijo. Fue una experiencia que él se quedó sin vivirla y yo de vivirla junto con él, es una cosa que yo creo que es muy necesaria, importante, que un padre vea ese momento, porque sabe lo que pasa una mujer cuando pare y segundo porque ve nacer a su hijo, eso es incomparable. (...) Para él entrar lo hablé con unas estudiantes en la madrugada, ellas me dijeron que le iban a decir al jefe de la guardia para que lo dejara entrar... pero ese turno cambió a las siete y ya no me lo permitieron, mi esposo habló con el médico que nos atendía por infertilidad que estaba en ese turno de guardia y él le dijo que no, que no podía ser.

Posterior al parto pasó a recuperación donde estuvo cuatro horas y considera que no hubo sistematicidad en la atención. El bebé fue revisado por un neonatólogo que se lo llevó a un cunero alejado de su cama y conversó con la persona que ella tenía de acompañante con respecto al niño, o sea que recibió explicaciones a través de su acompañante y no directamente del especialista como hubiera deseado. En la sala permaneció 48 horas aproximadamente. Esperaba que fuera un periodo de preparación para etapas posteriores, sobre la lactancia, el baño y atenciones al bebé en general. Las condiciones estructurales del hospital las describió como deprimentes por la mala iluminación, abandono y suciedad. Durante este periodo no intentó la compañía de su esposo, prefirió la de familiares mujeres y amigas que tuvieran experiencia con recién nacidos. A su compañera de cuarto la acompañó su esposo, lo que no significó

⁴ APGAR: índice que se le asigna al recién nacido (entre 1 y 10) según los parámetros FETIC: frecuencia cardiaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad y color.

una molestia para ella, porque de hecho refiere que le hubiera gustado y piensa hacerlo para su próximo embarazo.

El primer encuentro con el niño lo describió muy emocionada: *Cuando lo vi, lo vi tan lindo, el mío nació bonito, yo no tengo palabras para describirlo, no tengo adjetivos, palabras...*

La llegada a la casa la describió con emoción, sobre todo por los preparativos que en su ausencia habían hecho su esposo y amigos/as. Tenía intenciones de lactar a su hijo y quería hacerlo de manera exclusiva, no obstante a los 10 días por recomendación del pediatra incorporó otra leche debido a que el bebé perdió mucho peso. Mantuvo la lactancia y pensaba mantenerla hasta que el niño la rechazara.

Los primeros días fueron terribles, el niño lloraba mucho, después supimos que era que no se llenaba, tenía muchos cólicos, pero eso lo sabemos ahora, en aquel momento no sabíamos nada, fue muy difícil, la falta de experiencia nos generaba mucha tensión (...) Hice todo lo que me dijeron, comí maní, ajonjolí, bejuco de boniato. Los médicos me decían que me lo pusiera, que me pasara todo el día con él pegado, para mí era muy frustrante, ver que no se llenaba, que no sale y me estresaba mucho, lo siento y creo que también eso limitó la secreción de leche, ahora tengo, pero no es suficiente. Yo no tuve esa posibilidad, pero hubiera querido.

La dinámica familiar cambió, su esposo asumió nuevas responsabilidades y su suegra la visitaba varias veces por semana para ayudarla, lo que liberaba a su compañero de sus nuevos roles. Con relación a esto surgieron contradicciones entre ellos, antes de su matrimonio él no participaba en tareas domésticas, desde que conviven participó por solicitud de ella, con el embarazo la carga aumentó y eso le generó incomodidades a él. Por otro lado entre su mamá y su esposo también surgieron contradicciones en las cuales ella medió ya que él no estaba de acuerdo con la participación de la abuela. Tuvo problemas con su suegra y su papá que le reclamaban atención inmediata al bebé cuando lloraba, criterio que ella no compartía. En varias oportunidades discutieron por estos motivos. Durante el puerperio le surgieron muchas preocupaciones materiales y sociales, le preocupaba sobre todo el cuidado posterior del bebé, su educación. Ganó en seguridad pero se sentía muy cansada.

El momento más importante de todo el proceso para Daniela, fue el saber que estaba embarazada. *Si el parto hubiera sido como yo lo esperaba, yo te hubiera dicho que el parto, pero de la manera que fue, no.*

Caso 3. Elizabeth

Durante el curso de la entrevista a Elizabeth participó su compañero, quien pidió intervenir en algunos momentos, por lo que se hará referencia a él desde su discurso y no solo desde la opinión de ella, como en los otros análisis.

Elizabeth tiene 33 años y una bebé de 6 meses, es universitaria y realiza trabajo intelectual. Tiene una relación de cuatro años con el padre de su hija, con el que no está casada ni convive. Él es profesional pero realiza trabajo de tipo físico y sus horarios son variados. Vive en un apartamento con todas las comodidades junto a su madre. Su situación económica es estable, a lo que contribuye su compañero. Su

dinámica familiar es buena, se considera sobreprotegida por su madre. La dinámica de pareja a pesar de no convivir es favorable, comparten espacios diariamente y participan juntos en actividades sociales. Deseó ser madre desde los 24 años, en ese momento priorizó su desarrollo profesional y en lo adelante las relaciones de pareja no cumplieron las expectativas que tenía creadas en torno a la formación de la familia, con 28 años quedó embarazada y lo interrumpió porque su compañero en ese momento le comunicó que abandonaría el país.

Refiere que en esta ocasión quedó embarazada por accidente, aunque plantea que sabía que estaba ovulando y decidió tener a su niño independientemente de que el padre diera o no su consentimiento.

Considera que la maternidad es importante en la vida, incluso para las mujeres que han estudiado y tienen otras expectativas. Lo que ejemplifica por las sensaciones que experimenta ante la necesidad que siente de proteger a su hija. Plantea que es la forma de trascender en las mujeres, de enseñarle a alguien lo que ha aprendido. Se refiere además a su profesión y a trabajar en lo que quiso. Para ella paternidad es igual que maternidad.

Estoy embarazada, casi siempre es único de la madre, pero la frase debía ser estamos embarazados. No es una cosa que es solo para ti, es de dos y los dos tienen que compartir y tener participación en todo, maternidad y paternidad tienen que ir unidas.

Disfrutó los cambios en el cuerpo, aunque le preocupó engordar y perder su figura. Logró con una buena dieta no engordar más que lo necesario. Le gustaba más su pelo. Refiere que se sentía sexy, que se veía reluciente, como que le emanaba una luz. A su compañero le gustaba mucho y se lo decía, su familia y sus amigos también la veían bonita. Al final de la gestación se sintió incómoda *por el calor, la barriga era grande y le faltaba el aire*. No tuvo otros malestares, ni edemas. Se sentía vulnerable y se deprimía con facilidad, considera que aprovechó todo el contexto para exigir un poco de cuidados especiales, aunque no eran una necesidad. Su principal preocupación fue que la niña tardó mucho en moverse, lo hablaba todo el tiempo con amistades médicas. Desde un principio deseó tener una hija, lo presintió y lo confirmó en el ultrasonido de la semana 20.

Durante el embarazo asistió a las consultas de la atención primaria y de atención secundaria, en un hospital que no le correspondía por su lugar de residencia, con un ginecobstetra a quien conocía y le atendía con anterioridad, con el que tiene una buena relación. Se informó y llevó dudas a las consultas que siempre aclaró. No hizo psicoprofilaxis, porque en su policlínico no había y con su médico no habló al respecto. A las consultas siempre trató de que la acompañara su compañero, lo que le generó conflictos con su madre, que sentía que era quien debía asistir. En todo momento impuso que el padre tuviera un rol principal y su madre secundario, lo que afectó a esta última.

El consultorio es la ritualidad del embarazo... lo más elemental, lo cotidiano, lo que está pautado, en el Hospital era diferente, yo le preguntaba todo, era una conversación más vivencial, él respondía mis dudas y tú tienes que tener una conversación de otro tipo con un médico. A las 32 semanas yo empecé a ir a verme todos los miércoles al hospital y yo tenía la necesidad de ser atendida, él era la confianza mía para

tener un parto feliz. (...) Yo creo que hace falta una atención médica especializada... Además te tienes que informar, porque yo me enteré de cosas antes de parir y de otras muchas me enteré después y no sabía parir y creo que por eso lo hice bastante mal, eso de pujar... Infelizmente él no hizo mi parto. (...) Yo creo que en el parto todo estuvo mal porque yo no hice ejercicios. Yo me compré un libro para lo de la respiración, pero eso no me ayudó.

Refiere una mala experiencia del parto, su médico y amistades le habían recomendado que estuviera en casa el mayor tiempo posible, que comiera y fuera al hospital cuando hubiese avanzado el trabajo de parto.

Yo estaba con siete de dilatación y nos fuimos para el Hospital. Yo quería parir con el papá de mi niña al lado y pasar mis contracciones con él al lado, las pasé sola, angustiada. (...) Yo estaba con tres mujeres más que estaban pariendo, mis dolores eran soportables, yo estaba muy controlada, hasta que empecé a gritar igualito que lo estaban haciendo esas tres mujeres. Yo me había leído muchas cosas y sabía que debía pujar cuando tuviera ganas, lo que no sabía, lo supe después, es que no podía gritar, que cuando gritaba el niño tiende a subirse, a mí me decían no grites (alza la voz), el médico me maltrató, me sentí maltratada, el médico me maltrató muchísimo. Me mandó a callar, me dijo que eso no iba a ayudar a que yo pariera así que por favor me controlara y yo le dije: pues no me voy a controlar, voy a gritar porque tengo ganas de gritar, porque me alivio cuando me viene un dolor y grito. A mí no me mandaron a caminar, a nada, no me decían nada. Yo llegué con siete de dilatación, sin romper aguas ni soltar tapón mucoso, él me revisó y me rompió la fuente, me dijo acuéstate ahí que te voy a examinar para ver la dilatación y cuando estaba ahí, me dijo: esto que te voy a hacer no te va a doler nada, pórtate bien, como si uno fuera un niño chiquito y me dolió muchísimo, después me dijeron que eso se hace con una varilla larga... fue la primera vez que me engañó. (...) A mí me rompieron la fuente y me mandaron a sentar en un lugar y yo tenía la necesidad de caminar porque sentía menos dolor y estaban los sillones apretados, yo lo que podía hacer era pararme y darle la vuelta a mi sillón y yo sentía que cuando me paraba me dolía menos. Hubo un momento que yo tuve deseos de ir al baño y me senté en la taza y las tres mujeres que estaban de parto casi me comieron y me dijeron pero que tú haces ahí, tú estás loca, vas a parir. Entonces vino un muchacho, yo le dije que me ayudara que me diera la mano que yo tenía mucho dolor y me preguntó que si yo tenía ganas de ir al baño, yo le dije que sí y entonces me dijo que la próxima vez que yo viera a un médico le dijera que tenía ganas de ir al baño. Como en efecto, cuando vi un médico le dije, Dr. me estoy haciendo caca, inmediatamente dijo ¡parto!. Ya inmediatamente yo me vi acostada, en ese momento yo me di cuenta que yo realmente no estaba preparada para parir, porque con el trabajo que pasé para tener a Amanda, yo creo que ni siquiera tenía el 10 de dilatación. En ese momento empecé a temblar, el médico que estaba frente a mí, me decía que abriera las piernas y las piernas me temblaban, se me cerraban, no las podía mantener abiertas, es un desgaste físico tal, hasta los dientes me temblaban. La sensación esa de que puja y yo grito, me abrían las piernas y me decían no grites, puja, pujar no es gritar y yo decía yo me esfuerzo, yo me esfuerzo, yo trato pero no me sale y fue cuando el médico decidió junto con el camillero, que hasta ese momento pensé que era un enfermero, encaramarse arriba de mí, después me enteré que eso estaba contraindicado pero a mí me lo hicieron. Yo estaba acostada, temblando, había una persona que me decía que no cerrara las piernas porque iba a asfixiar a la niña y otra que me decía que no gritara. Después que yo estaba en recuperación y oía las mujeres gritando me di cuenta que yo era de las que mejor me había portado, la gente dice malas palabras, ofende a los médicos, llora. Yo lo único que decía era yo me esfuerzo, no lo hago ex profeso.(...) Cuando nació pedí la niña por favor y no me la quisieron enseñar, yo fui todo el tiempo maltratada, a la niña se la llevaron para una camilla y yo no la sentía llorar y yo preguntaba por qué no llora y le pedía que me la enseñara y él me dijo, no llora porque tú te portaste muy mal y casi la asfixias y tú.. y yo le decía pero porque me dices eso... (...) A la niña se la llevaron y entonces yo pedí irme de ahí y me dijo no, si tú y yo no hemos terminado ¿cómo que no? No, si te tengo que arrancar la placenta, eso yo no lo sabía... esa sensación de que te halan me dolió muchísimo y después el cosido, para mí fueron como 80 puntos, me pusieron anestesia dos veces porque yo les decía que me dolía. Me explicó que yo tenía que estar tranquila, fue lo único que me explicó, que la vejiga estaba muy cerca y si me movía podía pincharla. De todas formas eso salió muy mal porque los puntos se abrieron a los dos días.

Durante el trabajo de parto en el Hospital no le permitieron comer, pero sí beber líquidos, su familia afuera tenía, pero no logró pasarlos a pesar de intentarlo.

Yo tenía mucha sed y una muchacha que tenía un pomo de agua tomó y cuando terminó le pedí el agua que le quedó. Yo tenía la boca reseca.

Pedro: ... al que está afuera lo cierran entre dos puertas y después hay un pasillo y otra puerta, del pasillo nos botaban todo el tiempo, yo hablé con los enfermeros para pasarle cosas y ellos me decían que no podía comer ni tomar nada porque estaba en trabajo de parto. Me maltrataron todo el tiempo. Para poder ver a la niña eso fue un problema, salió el que le hizo el parto y me dijo: mírala, mírala rápido que yo no puedo estar parado aquí.

En recuperación se sintió bien, no estuvo acompañada por su familia y no tuvo la niña hasta después de un tiempo, refiere con emoción que reconoció su llanto desde el cunero.

Yo no había visto a Amanda, me llevaron a recuperación, me acostaron en una cama y la niña estaba en la incubadora, me dijeron que tenía que estar de 30 minutos a una hora ahí para que cogiera calor, porque lo necesitaba, por el cambio de la barriga al ambiente... Y entonces le pedí al enfermero que me la enseñara porque yo no la había visto, entonces él me la trajo, la vi, yo no la toqué, me la enseñaron. (...) yo reconocí el llanto de mi niña, era diferente, es un instinto, una sensación, reconoces lo tuyo, yo no la vi, solo la oí y dije esa es mía, ese es el instinto maternal.

No puede describir cuando vio a su niña por primera vez, solo expresa emocionada que ... *mi niña nació de lo más linda, yo no me quería separar de ella...*

La falta de intimidad y privacidad, fue un tema que emergió varias veces en el discurso, durante los exámenes participaban demasiadas personas y las puertas permanecían abiertas. En la ruptura de membranas y el parto, estuvo presente además un camillero, lo que no entendió y por lo que refirió mucha molestia e incomodidad.

Quería lactar y lo logró hasta los cinco meses, aunque en la noche utilizaba leche artificial y la niña dormía varias horas seguidas. La lactancia fue para ella un momento especial, permanecían solas en el cuarto, no recibía visitas ni interrupciones. Refiere como único conflicto al respecto, las críticas de la pediatra porque no despertaba a la niña en la madrugada para lactar, ella consideraba que si dormía, estaba bien y no temió a la hipoglicemia con la que la “amenazaba”. Considera que fue muy responsable, que hizo todo lo que le indicaron, excepto esto.

En la casa le dio amplia participación al padre. Su madre trató de intervenir en todos los cuidados, durante el primer mes no trabajó y asumió todas las tareas de la casa, además de responsabilidades con la niña que no cedió aún cuando se sintió mal. Por lo que Elizabeth considera que tenía un buen apoyo familiar. No han tenido contradicciones en la pareja en relación con la crianza, para él, ella tiene “*criterio de juez*”. A pesar de estar centrada en la niña, se esforzó para no perder espacios con su compañero.

Consideró como aspectos negativos de la maternidad los cambios que pueden ocurrir en la dinámica de pareja, que la mujer abandona sus hábitos de vida y la ansiedad de separación que se experimenta, planteó que no deja la niña ni con su madre aunque estaba segura que la cuidaría bien.

El momento más importante de todo el proceso fue cuando sintió que la niña la reconocía.

Caso 4. Naira

Naira tiene 21 años, vive en una casa de dos habitaciones con su compañero, su abuela ciega y su hijo de seis meses. Cuando quedó embarazada vivía además con su madre, había concluido el preuniversitario y su compañero trabajaba como chofer. Considera que quedó embarazada por accidente, aunque aclaró: ... *parece que Luisito, mi marido, como se iba para el servicio me dejó embarazada.* Convivían desde hacía aproximadamente un año en unión consensual. Con la mudada de la madre las responsabilidades de la casa cayeron en ella fundamentalmente. Depende económicamente de su padre, su madre y su suegra, por lo que sus condiciones económicas se consideran escasas, aunque no constituyen para ella una preocupación. Durante casi todo el transcurso del embarazo y el puerperio el padre del bebé estuvo en el Servicio Militar, los pases fueron cortos y esporádicos.

Cuando sospechó del embarazo, consultó al médico, padece de quistes en los senos y según la opinión que recibió, una interrupción podría ser peligrosa para su salud, por lo que decidió continuar el embarazo. Su madre se opuso pero su compañero quería que lo tuviera y recibió apoyo de su padre y su abuela. Comenzó la gestación con bajo peso, por lo que fue clasificada como de riesgo con criterio de ingreso en el hogar materno.

Considera la maternidad algo lindo, *aunque se pasa un poco de trabajo.* Refiere que no puede hablar de la paternidad porque *su papá no ha disfrutado del niño, no ha visto su evolución, ni ha pasado tiempo con él.*

Durante el embarazo, le gustaba su cuerpo. Estaba muy delgada y engordó mucho, por lo que quienes la conocían hicieron siempre referencia a los cambios en su figura. Su compañero le decía que estaba muy gorda, le acariciaba y le besaba el abdomen. A partir de los siete meses de embarazo la barriga le pesaba mucho, hasta ese momento caminaba y hacía todas las tareas de la casa. Su familia y su compañero la trataban igual, aunque refiere que evitaban que se alterara para que no le subiera la presión. Ella quería atenciones, sobre todo de su madre, hubiera preferido que estuviera todo el tiempo con ella, estaba sola con su abuela y no podía hacer las cosas de la casa. Al indagar al respecto sobre su compañero plantea: *Mi marido cuando venía me ayudaba, me limpiaba, lo hacía espontáneamente.*

Las consultas le parecieron muchísimas. No hacía preguntas y aunque iba acompañada por su suegra primero y luego por su madre, siempre entraba sola.

Yo me ponía muy nerviosa, porque a mí en todo el embarazo se lo pasaron amenazándome de que tenía que ingresar en el hogar materno, yo nunca ingresé, yo no podía porque yo tenía a mi abuela ciega y no podía dejarla sola, no la iba a dejar sola y como yo estaba aumentando bien, un ginecólogo que me vio me dijo que no, que yo no tenía que ir porque yo estaba aumentando bien de peso, pero otra quería ingresarme, estaba obstinada en ingresarme (...) Los médicos me decían que el niño podía nacer con algún problema, bajo de peso, caen arriba de ti y te sugestionan, a mí eso no me gusta...

Le tenía miedo al parto, pensó en él durante todo el embarazo, pero no lo habló con los médicos.

Una enfermera, nos explicó más o menos, cuando teníamos como ocho meses varias embarazadas, que eso era algo normal... que no nos pusiéramos nerviosas porque eso sugestionaba al bebé y se demoraba más en salir.

La psicóloga del área le recomendó la psicoprofilaxis cuando estaba muy avanzado el embarazo, en ese momento se sentía incómoda y le era muy molesto caminar por lo que no asistió. Su papá averiguó con amistades y le enseñó cómo respirar cuando estuviera de parto.

Quería tener una niña, al igual que su mamá, en un ultrasonido le dijeron que era varón y en el otro niña, por lo que describe que preparó canastilla de dos colores, su compañero quería varón, pero al deseo de él solo se refiere al indagarle al respecto. La canastilla de niña la guardó, solo usa lo que preparó para varón.

Con 38,2 semanas ingresó por un aumento de presión y al amanecer del día siguiente expulsó la bolsa de aguas con cuatro centímetros de dilatación. Permaneció todo el día en la sala en compañía de su madre, acostada. En parto permaneció la mayor parte del tiempo sola, aunque podía haber tenido acompañante, su madre se sintió muy nerviosa y no quiso entrar, luego la acompañó una tía. Durante este tiempo solo le recomendaron no pujar si no tenía pujos. En la noche, las contracciones eran muy fuertes y la dilatación aún era cuatro, se sentía muy débil y deshidratada. Refiere que le hicieron el trabajo de parto.

La psicóloga me había dicho que estaban permitiendo un acompañante, yo siempre le dije a mi mamá que yo quería un acompañante, pero ella se puso muy nerviosa y no entró...

... me pusieron los sueros porque casi no había dilatado y me hicieron el trabajo de parto, me lo hicieron una sola vez, me examinaron dos veces, después que me hicieron el trabajo de parto seguía con 4 cm y ahí fue que me aumentó dos y después a siete (...) me ayudaron, mi tía me impulsaba los pies para arriba porque yo no tenía ni fuerza. Como a las 11 y 20 me empezaron los pujos y me pasaron para una camita que hay en parto aparte y ahí los médicos me ayudaron para que la criatura saliera, un médico se me subió arriba y me impulsó al niño, para ayudarme, cuando el niño salió con la cabeza me desgarró el cuello del útero y entonces me llevaron para la sala de partos caminando y soltando muchos coágulos. Yo no podía, no tenía fuerza, porque no había comido nada, estaba casi al desmayarme. Ahí se me volvió a subir y con dos pujos solté al niño. Me picaron un poquito porque todo lo que ellos me iban a picar mi hijo me lo desgarró cuando salió con la cabecita... Ellos me trataron bien, yo no me porté mal, me trataron bien y me ayudaron mucho. Al bebé lo pusieron en una camita, donde mi tía lo vio y dijo que estaba medio morado, yo lo vi cuando lo estaban limpiando y eso y todo el mundo muy contento me dijo que había pesado 8.13.(...)

Después del parto y durante el día siguiente se sintió mal, débil. Permaneció varios días en el hospital, estuvo acompañada por su tía, su madre y su suegra, en espera del alta del bebé, refirió que la higiene era mala, solo se limpiaban los pasillos.

Yo parí el martes y me fui el sábado del hospital porque a mí me habían dado de alta pero al niño no, porque nació cianótico, nació frío, por estar tantas horas allá dentro en la barriga y no tenía casi líquido, se me enmorecía y los pediatras estaban tratando de observarlo para dar una conclusión. El primer día lo llevaron para la incubadora para darle calor, pero al otro día me lo llevaron y fue cuando empezó con los enmorecimientos y la pediatra me explicó que al llorar se le iba la respiración. Cuando dejó de enmorecerse como dos días me dieron de alta.

Realizó lactancia exclusiva como le indicaron, hasta los tres meses:

A mí me dijeron que le diera la lactancia materna, al principio me dolía mucho, no me había bajado la leche y el niño parece que no se llenaba, lloraba mucho...

En casa y durante el primer mes de nacido el bebé, recibió mucha ayuda de su madre, su suegra y tías. En el momento de la entrevista, no refirió miedos ni preocupaciones, pretendía estudiar y considera que toda

mujer debe ser madre. Le cuesta identificar el evento o acontecimiento más importante del nacimiento, pero la mayor emoción la refiere cuando regresó a casa con el bebé.

Caso 5. Alicia

Alicia tiene 32 años, dos hijos, de 11 años y 5 meses, cada uno de un matrimonio diferente, es profesional, médica. Sus parejas han sido profesionales no médicos. Sus condiciones económicas son estables, aunque en varias oportunidades se refiere a las limitaciones económicas en términos generales. En ambos casos ha estado casada y ha vivido sola con sus parejas, pero durante el puerperio se ha mudado con sus padres, en busca de la ayuda de su madre. Ambas viviendas son amplias y poseen todas las comodidades esenciales. La dinámica familiar es muy buena, refiere que son unidos y que se ayudan mutuamente en todo momento. En ambos casos los niños han sido los primeros hijos de sus parejas a pesar de ser mayores que ella en edad.

Su primer hijo lo tuvo con 21 años, no fue buscado, había interrumpido seis meses antes su primer embarazo y utilizaba métodos anticonceptivos, decidió continuar por temor a no quedar embarazada más, ya que padecía de trastornos menstruales. Estaba en 5to año de la carrera y tenía muchas aspiraciones profesionales. Su segundo hijo sí fue buscado.

Considera la maternidad como el concepto más sublime del ser mujer, como una experiencia netamente positiva, que la mejora como ser humano y constituye una meta para ser mejor profesional. No identifica aspectos negativos aunque la describe como un proceso complejo. Describió a su familia como muy unida, maternal, donde la figura de la madre fue siempre valorada y exaltada.

Las expectativas en ambos embarazos comenzaron desde el momento que supo que estaba embarazada y no identificó diferencias entre uno y otro: *...es una sensación, un sentimiento maternal, que está dentro de ti, desde ese momento nunca tuve dudas...* La paternidad la concibe y experimentó de manera diferente, considera que los hombres necesitan de un periodo de adaptación al niño y que esto ocurre, una vez nacido. Le atribuye a esto una causa biológica que constituye una ventaja para las mujeres. Ser madre es para ella una prioridad, independientemente del desarrollo profesional que ha alcanzado.

Durante su primer embarazo no se preocupó por los cambios en el cuerpo. Actualmente tiene conceptos estéticos muy estrictos, por lo que en el segundo embarazo tenía preocupaciones sobre la figura posterior al parto. Refiere que su compañero disfrutó todas las transformaciones del cuerpo, se sentía muy segura y feliz. Notó importantes cambios para bien en la forma de tratarla su esposo y su familia, se sintió sobreprotegida, descargada de tareas domésticas y con insistencia sobre la alimentación. De parte de compañeros de trabajo percibió preocupación, consentimiento. Considera que se necesitan cuidados especiales, en particular del compañero y de tipo sentimental. En el primer embarazo deseó una niña, hasta que supo que era varón por ultrasonido, por lo que luego se sintió culpable. En el segundo

embarazo, no deseó un sexo específico, solo quería que estuviera bien.

La atención prenatal la realizó en ambos embarazos en el hospital donde estudiaba y trabajaba, respectivamente y con el mismo ginecólogo, quien además fue su profesor y es amigo personal de la familia. Las consultas le parecieron suficientes y refiere al respecto:

Yo me atendí en el hospital, la Dra. de la familia iba a la casa y me llevaba la historia, pero en realidad me atendí en el hospital (...) Asistí a todas las consultas que me indicaron, ni nutrición, ni psicología. En la secundaria, como somos médicos hay muchas cosas que se obvian, la forma de trabajo es diferente.

De las consultas salía absolutamente satisfecha. Aunque a su mamá y a su esposo les gustaba ir, en la mayoría de las oportunidades asistió sola. Quería haberse hecho la amniocentesis.

pero no me dejó, me explicó y yo a pesar de ser médico con esas cosas soy disciplinada... No soy de las personas que acostumbra a cuestionar el porqué de una prueba u otra y tal vez sea un error mío, pero lo asumo con disciplina.

En los embarazo no hizo psicoprofilaxis porque en el Hospital no había, en el segundo caminó una hora diaria, a escondidas de su médico, quien le había dicho que solo hiciera la psicoprofilaxis. Estuvo muy obsesionada con que el niño estuviera bien y que todo saliera bien. En ambos casos estaba segura de que iba a parir y era lo que quería, no obstante tenía temores, mayores en el segundo embarazo, debido a que *ya sabía lo que era un parto y a que son muchas las cosas que se ven en la práctica médica*. En este sentido recibió mucha ayuda de su médico, conversaron al respecto y sintió seguridad.

Describió sus partos como buenos. En el caso del segundo, fue un trabajo de parto rápido, de dos horas, en las que estuvo acompañada por su mamá y su esposo, lo cual considera imprescindible. En el parto estuvo su esposo, para quien fue una experiencia increíble, vio todo el proceso e hizo fotos, *después de lo único que hablaba era eso ¡yo lo vi! ¡yo estuve ahí!* Parió acostada, lo que fue acordado antes con su médico y le practicaron una episiotomía.

Los médicos que iban a estar en el salón los conocía, conocía a las enfermeras, todo el mundo me apoyó mucho. En el salón me pusieron al bebé en el pecho, es que eran mis compañeros de trabajo, la atención fue especial, me pusieron al niño para que empezara a mamar.

Permaneció 48 horas en el hospital posterior al parto, en ambos casos la acompañó su mamá, en este embarazo lo habló antes con su esposo y él lo aceptó, la decisión se basó en los cuidados que requería el bebé...*él que nunca había visto un niño chiquito, ¿cómo lo iba a manipular?*

Después de cinco meses aún permanecía en casa de su madre por las ayudas que esta le proporcionaba. Su esposo tiene tareas definidas, relacionadas fundamentalmente, con el entretenimiento del niño. *El niño es mi responsabilidad absoluta las 24 horas del día, mi mamá está en todo lo aledaño.*

Para ella la lactancia es *sobrenatural*. Estaba feliz porque aunque tomaba otros alimentos *aún coge el pecho...*

Como evento más importante en el segundo embarazo, describe el primer encuentro con el bebé y el mayor impacto está en comprobar que estaba sano, bien.

Mi primer encuentro, ese es el momento más sublime... cuando me lo trajeron, es como que lo ves que es verdad, para mí lo mejor de ese momento fue ver que había sido exitoso.

Caso 6. Victoria

Victoria tiene 32 años y dos hijos, el mayor de nueve años y la pequeña de 5 meses. Su primer hijo nació cuando ella tenía 23 años y estaba recién graduada. Es universitaria igual que su esposo, ambos realizan trabajo intelectual, él trabaja la mayor parte del tiempo en la casa. Cada uno de sus hijos son de relaciones diferentes. En ambos casos los niños fueron buscados y deseados, con la responsabilidad requerida, aunque considera que esta fue mayor en el segundo embarazo. En su primer matrimonio, vivía sola con su esposo desde algunos meses antes de buscar el embarazo. En este momento vive en casa de su madre, con su esposo y los dos niños. Posee una situación económica con posibilidades intermedias, la vivienda es pequeña, de tres habitaciones, en muy buenas condiciones.

Refiere que las expectativas en torno a los embarazos empezaron desde el mismo momento que empezó a buscarlos, los miedos y las preocupaciones también, aunque fueron mucho mayores en el segundo embarazo. Para ella la maternidad es fascinante, hermosa. Considera que en ambos casos sus parejas tenían más expectativas y deseos que ella desde que decidieron buscar el embarazo, no obstante concibe a la paternidad distinta de la maternidad, en lo que determina el componente natural, “*el hecho de que crezca dentro de ti*”. Los hombres en cambio “*tienen que verla, ya cuando la ven es cuando ellos comienzan a sentirse padres*”, lo asume como lógico y muy personal, en dependencia de lo que para cada hombre sea ser padre.

En general refiere que aunque la maternidad es bonita y físicamente las mujeres se sienten bien, también se sienten gordas, feas, inseguras en la pareja y que esto depende de él y del deseo por el embarazo. Su esposo la hizo sentir bonita, le gustaba y deseaba que creciera la barriga, pero ella se sintió muy extraña. Los compañeros y compañeras de trabajo así como los amigos y amigas diariamente le referían expresiones agradables, incluso cuando ella se sintió demacrada. Durante el primer embarazo en varias ocasiones se sintió juzgada, por el tema de la edad *...tan joven y ya metida en ese problema*. A lo que refiere nunca supo responder, precisamente por ser tan joven. Durante los embarazos percibió de sus parejas cambios en la forma de tratarla, en afectividad, en apoyo, mayor en el segundo.

En ambos embarazos cumplió con la atención indicada en APS, en el segundo, las consultas le parecieron excesivas. Considera que la idea de la atención a la embarazada por APS, es buena, pero no factible, a más de la mitad de las consultas se arrepintió de haber asistido. Siempre asistió acompañada por su esposo, en el intercambio con los profesionales, se sintió bien tratada y aclaraba dudas.

... pero mi naturaleza no me permitía no ir, salía disgustada, pero me preocupa un regaño. Si volviera a salir embarazada a la mitad no iba. Porque además te llaman a la casa, te sientes presionada (...) yo tengo una vida, un niño de nueve años, un trabajo, me sentía bien y uno tiene complicaciones.

Insistió que tenía mucho miedo y preocupación para el parto, debido a la mala experiencia vivida en el primero, que con 40 semanas fue inducido e instrumentado, de lo que nunca recibió explicación, por lo que a pesar de considerar suficiente la atención del consultorio, con 32 semanas buscó atención en el hospital con la intención de que un médico se responsabilizara por ella para el parto.

... tener un médico de cabecera en el hospital... que cuando yo me pusiera de parto, fueran las dos de la mañana, o cuando fuera, me dijera, no hay problemas, yo voy a estar ahí... que supiera del problema del primer parto y que me diera seguridad, no un improvisado, que es lo que tiene sus riesgos, pero eso de llegar, no tenía miedo al dolor, me preocupaba que me hicieran sufrir por gusto... Eso no lo logré. Por suerte no me hizo falta, tuve un parto maravilloso (...) no llegué a hablar antes con ella... y tampoco vi disposición, no quise forzar nada (...) un problema grave en los hospitales, con los médicos de estos servicios es que no hablan con uno. Con el primero yo era muy jovencita, estaba muy adolorida, usaron fórceps, por suerte no pasó nada y el niño no tuvo ningún problema pero fue un deterioro físico y psíquico, yo pregunté y todavía me lo pregunto si yo requería una cesárea, antes de hacerme sufrir esa cantidad de horas y al final, todo concluyó de una manera tan terrible. Después de todo pienso que lo único bueno es que no hubiera sabido lo que es un buen parto y lo más probable es que me hubiera ganado una cesárea de nuevo, que puede tener sus complicaciones, sus problemas. Tenía muchas preocupaciones y no sentí que alguien podía estar ahí y decirme no te preocupes yo estoy ahí. Una persona que yo conozca, que yo se que va a tomar una buena decisión, que no es improvisado, que no es un latinoamericano, esas opciones no existen y yo creo que es complicado pero ayuda, porque uno tiene mucha incertidumbre con quién me va a tocar. Traté de hacer varias coordinaciones.

No hizo psicoprofilaxis, en su policlínico no se hacía y cuando localizó un lugar ya el embarazo estaba muy avanzado y no se sentía con ganas para ir. Se mantuvo trabajando, lo que representaba alguna actividad y además caminó mucho. Para el parto hubiese querido la presencia de su esposo, considera que lo necesitó mucho, pero averiguó con anterioridad y con varios médicos y le aseguraron que no estaba permitido. En preparto era algo que se *gestionaba en el momento, se pedía de favor*. Aunque su estancia en el preparto fue muy breve, refirió la presencia de hombres dentro.

En el segundo embarazo, con 38,4 semanas la ingresaron durante 48 horas por presión alta, al respecto describe:

Ella decidió ingresarme, me dijo te quedas hoy. Yo empecé a llorar porque me acordé del primer parto que me ingresaron... ella me dijo que era necesario por lo dañina de la hipertensión en el embarazo, ella me convenció, me quedé, me hicieron US y un millón de cosas, todo estaba bien. Yo me sentía muy mal por estar ingresada. Yo no quería entrar porque una vez que entras ya no eres dueño de ti.

Con 39 semanas se le presentó el parto, no fue para el hospital conscientemente, vigiló el tiempo de las contracciones, hizo cuclillas y ejercicios de respiración que le habían recomendado amistades. Refirió que no rompió fuente, que de haberlo hecho hubiera salido para el hospital. Cuando llegó, describe que la atendieron rápido pero con incredulidad, tenía 10 cm de dilatación, le rompieron membranas y la pasaron a preparto para que se cambiara de ropas y pasara al salón de partos. Fue trasladada en silla de ruedas y relata con disgusto e incomodidad la falta de privacidad para el cambio de ropa y el examen.

El camillero me vio cambiarme de ropa, todavía no entiendo por qué me vio desnuda completamente, con mi panza, con mis dolores, yo no sé porque le dan tanta participación a ese muchacho tan joven, que es evidente que no es médico, ni enfermero, estuvo todo el tiempo, cuando me rompieron la fuente y ahí se quedó.

El parto fue muy rápido, no le hicieron episiotomía pero considera que la necesitaba porque tuvo un

desgarro. Estaba acostada pero la doctora de guardia la inclinó para ayudarla con el pujo. Refiere que no le mostraron la niña ni se la dieron como hubiera deseado.

Cuando la niña salió sentí un frío muy grande, una sensación de vacío, temblaba toda, el médico me dijo que necesitaba que no me moviera, yo no lo podía evitar, era un frío tremendo. Yo pensé que me daban la niña inmediatamente, mientras te están cosiendo, todo ese mal rato, por lo menos con tu hija, al pecho, como sea... se la llevaron, no me dijeron nada, yo pregunté qué pasó ¿todo está bien?, me dijeron no te preocupes todo está bien, pero aunque hubiera pasado lo peor te dicen que todo está bien y sí hubo un problema, que fue el desgarró y nadie me dijo nada. Yo vi la niña cuando estaba en recuperación, cuando la vi me eché a llorar, mi acompañante fue mi suegra, no pudo ser mi esposo, la explicación supuestamente es que no hay cubículos y son cuatro mujeres lactando, con los pechos afuera, prácticamente desnudas porque las batas son muy cortas y es lógico que hasta cierto punto en esas condiciones no haya hombres, los dejan pasar un momentico. A él se la enseñaron antes, cuando la vistieron. En recuperación me sentí bien, me mandaron a comer, lo que trajeras, ahí no dan nada, por suerte mi suegra había llevado unas galletas, yo tenía un hambre atroz.

Durante la estancia en el hospital, se sintió bien, aunque muy incómoda por las malas condiciones y la falta de higiene. Considera que los especialistas son buenos y que la atención es aceptable, pero le impactó muy mal el trato que recibió sobre todo de personal no médico.

Los médicos cubanos son lacónicos, si preguntas y están de buena gana responden sino te dicen, no se preocupe que todo está bien o no te responden y ya como que uno se ha acostumbrado a eso también. (...) Pero además en el hospital le dan mucha participación a personal que no está calificado, hay muchos momentos en que tienes que tratar con esa gente, en varias oportunidades a mí me dijeron lo que tenía que hacer y en mala forma y ellos, los médicos lo ven, no dicen nada, lo permiten.

Su esposo no la acompañó, no estaba permitido, pero lo que más le afectó fue que su hijo no pudo visitarla, ella podía bajar a verlo pero el niño no pudo subir a ver a su hermana.

Estaba loca porque me dieran el alta. (...) En la sala se quedaron mujeres, de noche vi algún hombre pero no era lo estipulado, habían unas normas, instrucciones, de lo que se podía hacer y no... decía que los hombres no se podían quedar, categóricamente. Sufrí mucho porque a mi hijo no lo dejaron subir, él estaba loco por ver a su hermana, desesperado y yo sufrí, estuve todo el tiempo pensando como yo logro que este niño vea a su hermana aunque sea un segundo.

En ambos embarazos quería lactar. Consideró la lactancia exclusiva muy bonita, muy buena para el niño y para la madre, pero aseguró que no siempre es posible hacerla. Durante su primer embarazo no contó con ayuda que la sustituyera de las tareas del hogar y relativas a la crianza del bebé por lo que no lactó, sintió mucha presión médica por no hacerlo, pero vivía sola con su esposo y el bebé, por lo que refiere que le fue imposible, debido al tiempo que requería. En este embarazo lo logró porque vive con su madre y contó con mucho apoyo. En la casa asumieron entre su esposo y su mamá las tareas que habitualmente eran de ella. No refiere contradicciones ni ambivalencias al interior de la familia, y refirió que ella por lo general tomó todas las decisiones en torno a la niña. En ese momento le preocupaba su educación y su cuidado posterior a la licencia de maternidad, refirió temores y dudas al respecto.

El momento más importante de todo el proceso fue *ver a la niña, tenerla en mis brazos.*