

Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología

Laura Cardús i Font

Dept. d'Antropologia Cultural i Història
d'Amèrica i Àfrica

Universitat de Barcelona (UB)

lauracardus@gmail.com

Fear of Childbirth and Intergenerational Narratives: An Approach from Anthropology

RESUMEN: El miedo al parto se ha convertido a lo largo del último siglo en un miedo social normalizado para hombres y mujeres, hayan sido éstas madres o no. El miedo a este proceso se inscribe en la población a partir de los discursos médicos que son transmitidos con autoridad mediante el contacto regular entre el personal sanitario y las pacientes (Sánchez, 2008, 72). También a partir de los textos literarios y audiovisuales y, en la última década, con las redes sociales, que facilitan una transmisión de información y opinión. Este artículo trata de indagar el peso de los discursos transmitidos personalmente entre mujeres, parientes y amigas a lo largo de la vida de las protagonistas, y se basa en una investigación cualitativa con entrevistas a mujeres, madres o no, de entre 20 y 90 años en la provincia de Barcelona.

ABSTRACT: Over the last century, fear of birth has become a standardized social fear for men and women, regardless of whether or not they are mothers. This fear of the childbirth process arrives to the population via medical discourses that are transmitted with authority through regular contact between health workers and patients (Sánchez, 2008, 72). It is also transmitted via literary texts and audio-visual media and, in the last decade, through social networks that spread information and opinions. This article seeks to reveal the specific weight of the narratives personally transmitted between female relatives and friends throughout the lives of women. The text is based on qualitative research conducted through interviews with women between the ages of 20 and 90 in the province of Barcelona.

PALABRAS-CLAVE: Miedo al parto, pain during childbirth, dolor durante el parto, autoridad médica, relatos de parto, matronería, etnografía del parto

KEYWORDS: Fear of childbirth, medical authority, childbirth testimonies, midwifery, ethnography of childbirth

1. Presentación

El miedo, según el diccionario de la RAE, es una angustia por un riesgo o daño real o imaginario, o la aprensión a que suceda algo contrario a lo que se desea. Y el riesgo, según ese mismo diccionario, es la contingencia o proximidad de un daño. El embarazo, el parto y el puerperio son procesos por el que pasan la mayoría de las mujeres y la muerte o los daños irreparables que pueden resultar de estos procesos se dan solamente en casos excepcionales. El presente texto es fruto de una investigación en curso que se basa en la hipótesis de que, sin embargo, el miedo al parto es un miedo "normalizado" asociado a una percepción del acto de parir como un evento cargado de riesgos. Partimos de varias preguntas iniciales sobre el miedo al parto. ¿Tienen las mujeres por lo general miedo al parto? ¿A qué temen? ¿Por qué? ¿Qué sentido tiene el miedo al parto en la sociedad de la información y del control experto de la salud? ¿Por qué se percibe el parto como un acto arriesgado?

El parto es y ha sido percibido históricamente como un evento peligroso y que conlleva riesgos. Sin embargo, son las madres de las últimas décadas



las que mayor miedo al parto manifiestan, lo cual es reflejo de un miedo extendido y aceptado socialmente. A la luz de lo que desvelan las entrevistas que apoyan este artículo (Cardús, 2014), las mujeres mayores que parieron a partir de la postguerra no expresan en su discurso un miedo explícito al parto, ni tan siquiera una resignación a tener que superar a la fuerza un proceso terrible, sino más bien la confianza en que, igual que el resto de parturientas, ellas pasarían exitosamente esa prueba. Entonces, ¿por qué las mujeres actuales tenemos más miedo a parir que nuestras antepasadas, las cuales en realidad se podían ver afectadas por unos índices de mortalidad materna y neonatal mayores?

Mary Douglas aporta luz a este hecho al abordar los riesgos aceptables en la sociedad occidental actual en función de cuáles son los eventos más frecuentes y los más infrecuentes. Según la autora, en ambos casos estos eventos –los que tienen mayor frecuencia y los de mínima frecuencia– se perciben como poco arriesgados (Douglas, 1996). Por el contrario, el parto es un evento poco frecuente pero probable en la vida de una mujer, y ésta podría ser una razón a tener en cuenta por la que se percibe éste como lleno de riesgos en comparación con otros eventos potencialmente más mortíferos como la conducción de vehículos a motor (actividad altamente frecuente) y los tsunamis (suceso muy infrecuente). Zygmunt Bauman por su lado – citado por Gerard Coll-Planas (Coll-Planas, 2012) – considera que en la modernidad la muerte pone en evidencia un reducto de impotencia del ser humano sobre el mundo. Esta impotencia, que puede llegar a verse como humillante, se soporta con más facilidad gracias a que desarrollamos una serie de micro-tareas que nos resultan asumibles y que se orientan al control de la salud y la higiene personales. Este control de la propia vida para desafiar la propia mortalidad se traduce también en Occidente en un culto a la estética corporal y una negación o rechazo al dolor o al deterioro del cuerpo (que en el ámbito reproductivo se manifiesta con la medicalización e implantación de rutinas obstétricas protocolarias). Curiosamente, muchas mujeres actuales manifiestan mayor miedo al dolor que a la muerte, propia o de su hijo/a, en el parto. El sociólogo Mark Zborowski realizó en los años 50 del pasado siglo estudios con veteranos de guerra en Nueva York y concluyó que la percepción del dolor está condicionada por el sujeto y, sobre todo, por su educación. Según este autor, hay grupos humanos que aceptan cierto dolor como esperable (por ejemplo, el dolor en el parto) y otros que lo pretenden evitar. Ponía como ejemplo que en Estados Unidos se intentaba evitar los dolores de parto mientras en Polonia

se aceptaban como parte del proceso (Zborowski, 1952). Sus estudios muestran que las expresiones del dolor son sancionadas culturalmente. Por lo tanto, en un contexto favorable a aceptar el dolor como normal sería previsible que las mujeres no se quejaran ni temiesen el parto, mientras que en un contexto (como el actual en la mayoría de los países ricos) en que se considere que el dolor tiene que evitarse, se aceptarían las expresiones de dolor y los medios para evitarlo se privilegiarían.

2. Ir a parir como a la guerra

Hoy en día y en nuestro contexto, cuando afortunadamente la incidencia de la mortalidad materna y neonatal ha bajado drásticamente, aún es frecuente que las revistas y páginas web para embarazadas contengan con normalidad artículos y consejos sobre el miedo al parto y cómo superarlo. Las sociedades científicas como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia incluyen en sus documentos de consenso de atención al parto párrafos sobre la importancia de acompañar adecuadamente a las embarazadas y parturientas para que no tengan miedo. Es evidente que la inclusión del miedo en discursos relacionados con el parto es frecuente. Mary Douglas menciona el parto como ejemplo de un acto objetivamente peligroso cuando afirma que “el alumbramiento y la batalla son peligros reales”, en oposición a otros peligros que nos podemos inventar para luego atribuir o asumir responsabilidades (1996, 95). Baste recordar lo que a propósito de este tema sentenciaba el filósofo Sören Kierkegaard: “Prefiero pasar por tres guerras antes que por un solo parto” (1932, 157).

La equiparación que nos brindan estas aproximaciones – entre ir a parir e ir a la batalla – no es casual. La cultura occidental (en la literatura y los textos religiosos, por ejemplo) está llena de mandatos que insuflan coraje a los hombres para ir a guerrear y a las mujeres para ir al matrimonio y, por ende, acabar reproduciéndose, lo que implica pasar por un parto. Nicole Loraux recoge cómo en la tradición espartana, las únicas personas que merecían tener su nombre inscrito en su lápida eran los caídos en batalla y las mujeres fallecidas durante el parto (Loraux, 1981). También en la antigua Atenas los relieves que acompañaban los sitios funerarios no mencionaban la causa de la muerte, a excepción de esas mismas causas. En general, occidente ha construido una socialización de género para el tránsito a la adultez que localiza la experiencia

bélica para los hombres y la reproductiva para las mujeres. Esto se manifiesta en la transmisión de los discursos que se comunican inter-familiarmente y entre amigas.

3. Los relatos

Actualmente, cuando pocas mujeres y bebés en nuestro entorno mueren de parto y las secuelas indeseadas de accidentes en el parto o mala praxis obstétrica son poco visibles oficialmente, la vía por la cual las mujeres acceden a una visión trágica del parto es, eminentemente, los relatos por parte de mujeres próximas y los comentarios u opiniones de los profesionales de la salud. Los relatos de las mujeres sobre sus partos y sobre sus expectativas, así como los relatos que ellas han recibido a lo largo de su vida, son el material de base a partir del cual se investiga aquí la construcción social del miedo al parto.

Los relatos de los propios partos son, según lo recogido por la investigación transnacional de Lynn C. Callister, un continuo en diferentes culturas: la mayoría de las entrevistadas responden con descripciones más o menos extensas y con la voluntad de compartir la experiencia siempre que son interrogadas sobre el nacimiento de sus hijos e hijas, con independencia de cuán terrible o poético hubiese sido el parto (Callister, 2004). Esta autora numera los beneficios de compartir estas narraciones como vía para integrar el momento del parto como parte del relato normal de vida, como una ocasión para discutir los miedos, preocupaciones, ausencias o sentimientos de decepción con la experiencia de parto, y finalmente como una oportunidad para lograr la comprensión de las propias fuerzas y capacidades. A su vez, Callister menciona que algunas mujeres ya madres se lamentan de la falta de información verídica sobre cómo es y cómo se siente un parto y se dan cuenta, a veces a posteriori, del silencio que acompaña a menudo este proceso. Navegando por foros y grupos en Internet abundan los ejemplos de madres que describen con toda suerte de detalles sus experiencias personales en el nacimiento de sus hijos o hijas¹. Los comentarios que las lectoras dejan suelen incluir agradecimientos por que la autora de la entrada haya desvelado los interiores de un proceso cuasi-secreto para muchas gestantes.

Algunas de las informantes con las que se ha elaborado esta investigación que presento aquí, lamentan la poca información recibida en su familia (concretamente por parte de su madre) sobre el parto y describen narraciones muy "frías" de sus

propios nacimientos. Algunas añaden que no es un tema del que se pueda hablar fácilmente entre amigas, siendo esto el síntoma, según ellas, de que no se vive felizmente. Alegan que raramente hay relatos detallados y optimistas de partos en la actualidad y, cuando se introducen en la conversación, las congéneres se quedan mirando con envidia e incredulidad a la protagonista.

Elaine Zwelling describe (citada en Staton, 2006, 17) que el deseo de las madres y embarazadas de compartir sus historias responde a la expresión de una necesidad universal de explicar lo desconocido, para así disminuir el miedo y conseguir cierto sentido de control sobre el alumbramiento (citada en Staton, 2006, 17). Podríamos establecer una burda analogía entre las narraciones de los partos de las madres y los relatos o "batallitas" contadas por los hombres que han vivido la guerra o, más recientemente en nuestro contexto, aquellos que tuvieron que pasar, con más pena o gloria, por la "mili". Esta misma analogía la emplea también la doctora Christiane Northrup al argumentar que para las mujeres es importante compartir los relatos de sus partos, ya que este es uno de los pocos ámbitos de poder eminentemente femeninos: "No es de extrañar que sientan la necesidad de revivir su experiencia explicándola de la misma manera que los 'veteranos' de guerra relatan las historias de sus batallas" (2006, 130).

Sin embargo, muchos de los relatos escuchados por las informantes antes de ser madres eran atemorizantes. Isabella², una de las mujeres entrevistadas para esta investigación, declaraba:

"Si tú construyes una historia de dolor y miedo que ya has superado, te pones a ti misma como súper-heroica, pero le estás construyendo a la otra un miedo absoluto porque estás diciendo: 'Es terrible, pero yo lo he superado'. Pero, claro, si yo no lo he superado todavía, lo único que me queda es ique es terrible!" (testimonio oral).

La comadrona australiana Rachel Reed establece una analogía entre el parto y las fases de los rituales de paso (Reed, 2013). Extendiendo este paralelismo, los relatos de parto compartidos harían la suerte de canal de transmisión de un conocimiento, por "haber estado ahí", de las madres que ya han transitado hacia ese estado a través del trance del parto. Luego la transmisión oral entre mujeres de las experiencias de parto se sitúa a la vez en polos opuestos: por un lado es difícil encontrar espacios donde se comunique información "veraz" sobre el proceso y, por otro, cuando se dan estos espacios, el uso de los mismos es intenso.

Con el objetivo de indagar hasta qué punto el miedo está construido a partir de experiencias propias o cercanas, o también es consecuencia de la influencia de discursos científicos, mediáticos y, sobre todo, familiares, a todas las mujeres entrevistadas se les pregunta sobre el conocimiento que tienen sobre su propio nacimiento (qué información les ha llegado, en qué circunstancias y a qué valores y emociones venía asociada). A muchas de ellas se preguntó también sobre los relatos de sus antecesoras (básicamente madres y abuelas, pero también otras parientes cercanas o amigas influyentes). En algunos casos, se habló directamente con las personas involucradas, ya que las entrevistas se habían hecho en grupos familiares (con la presencia de la entrevistada y de su madre o con su madre y su abuela).

4. Trabajo de campo

Para desarrollar esta investigación, además de las entrevistas en profundidad, se ha hecho etnografía de manera presencial en grupos de preparación al parto, posparto y crianza, y también virtualmente como participante en grupos de embarazadas y madres en Facebook o en foros especializados en el parto y la crianza. Se ha realizado entrevistas a 30 mujeres, todas habitantes en la provincia de Barcelona (con la excepción de tres participantes de Girona), algunas de ellas originarias de otros lugares de España o del sur de Europa, y una de ellas tiene su familia originaria en Guinea Ecuatorial. Todas viven y trabajan en Cataluña, hablan catalán y/o castellano y se encuentran en varios extremos de la "clase media". Los partos que han relatado sucedieron entre 1940 y 2014. Para mi objetivo fue especialmente relevante conocer las experiencias de parto vividas en los distintos contextos históricos, y cómo los valores que se asocian a esos partos se transmiten oralmente de forma explícita o subrepticia dentro de las familias, constituyendo una suerte de "mitos" que influyen en la manera en la cual las mujeres en edad de parir se enfrentan a su propia situación.

En todos los casos las mujeres entrevistadas habían recibido información sobre sus propios nacimientos por parte de su madre, principalmente, u otros familiares. La mayoría también tienen conocimiento sobre las historias de otros nacimientos significativos de la familia, o sobre eventos trágicos relacionados, como pérdidas gestacionales o muertes neonatales, ya fuera en su propia generación o en anteriores.

En los círculos de amistades cercanas, estos hechos funestos suelen compartirse y tienen un alto impacto entre las mujeres que serán madres en un futuro próximo (tanto si están ya embarazadas como si no) y generan incluso miedos en relación con la propia capacidad para concebir, gestar o parir. Algunas relatan sueños recurrentes o pesadillas relacionadas con el parto de gestar un ser deforme o semi-animal, especialmente al tratarse de madres primerizas: "Tuve pesadillas que paría y no salía un bebé normal; salía un pequeño monstruo. Mi hermana soñó en su primer embarazo que paría un lagarto" (Marta).

Generalmente, los partos que se desarrollan sin mayor problema, o que son percibidos como normales, no se cuentan con detalle. En cambio, en algunas familias circulan narraciones épicas de partos especialmente significativos por complejos o curiosos: nacimientos gemelares previos a la detección fetal ecográfica o nacimientos de bebés de gestaciones prolongadas o de alto peso, generalmente bañados en la estoicidad de la madre parturienta:

"Mi abuela materna parió el hijo mayor en un parto horroroso en casa. La otra abuela un parto muy bueno y luego gemelos. Partos naturales, sin intervenciones, no había medios, no se sabía...." (Pilar)

"El dolor de parto había oído toda la vida que era horrible y parece que te mueras, pero una vez ha nacido el bebé se te pasa esta angustia y el dolor y eres muy feliz" (Jessica)

"¡Tienes que ser una súper-mujer para hacer esta empresa!" (Isabella)

"Mi abuela materna tuvo dos partos horrorosos y largos en casa, se lo pasó muy mal. El segundo salió con vueltas de cordón. El tercer hijo fue a parir al hospital y por poco lo tiene en el ascensor" (Sonia)

"Mi tía tuvo 6 hijos, los seis primeros con su ginecólogo de toda la vida, que les ponía anestesia total [sic] para cobrar más. El sexto hijo fue parto natural porque el ginecólogo ya se había jubilado y cuando las matronas le pedían que empujase ella no sabía hacerlo" (María).

Muchos de los testimonios ponen énfasis en cómo fueron los partos de su propia madre y antecesoras y esto se traduce en la expresión de un deseo de parir de una forma diferente a como lo hizo su madre, ya que sus madres sufrieron malos tratos, dificultades o bien tuvieron unos partos no deseables para ellas. Este hecho recuerda la poesía de Gioconda Belli: "Esta mujer de pechos en pecho / y caderas anchas / que, por mi madre y contra ella, me gusta ser" (1995, 246), O, por el contrario, algunas enfatizan la profecía que sienten pesa sobre sus cabezas de

tener que parir como las mujeres lo han hecho siempre en su familia (con mucho sufrimiento, estoicismo o facilidad):

“En mi familia las mujeres tienen caderas anchas, piernas fuertes, no sé, creo que por eso tienen buenos partos” (Silvia)

“Mi madre dice que tuvo un parto maravilloso porque no se enteró de nada. Me enseña las fotos y se la ve toda vestida de verde y llena de *mercromina*, en una mesa. Cuando yo la veía con 20 años pensaba: ‘Yo no quiero esto’” (Sandra)

“Cuando lo pienso me doy cuenta que parí como se esperaba que lo hiciera: aguantando el sufrimiento con valentía y como una jabata” (Jessica).

Aun así, la mayoría de las entrevistadas se sienten alejadas de la realidad obstétrica de sus madres y abuelas (o de sus hijas y nietas, en el caso de las entrevistadas mayores) en el momento de parir: incluso creyendo que están influenciadas por su propio modo de nacer, tienen claro que el modelo actual de atención al parto afectará o afectó la manera en que transcurren sus partos. De los testimonios de mujeres mayores de sesenta años se extrae que consideran que las mujeres están actualmente mejor atendidas en el parto y lamentan principalmente no haber tenido libertad de movimientos en sus propios alumbramientos (en casa o en clínica, en posición siempre de litotomía).

5. Momentos socio-históricos del parto en el Estado Español

El parto humano es un evento biológico pero también social. Las hembras humanas parimos mayoritariamente en compañía, pero este acompañamiento se ha organizado con variaciones culturales e históricas, como ponen de manifiesto estos testimonios. Como señala María Isabel Blázquez, esta actividad social:

“está determinada por (...) condiciones políticas, materiales y socioculturales, que establecen un modelo de atención basado en una ideología de la reproducción que dota de significación a todos sus elementos como el embarazo, parto, puerperio, y produce unas determinadas ideologías de la maternidad y la paternidad” (Blázquez, 2005, 4).

Más allá del peso de la herencia familiar en las expectativas y el desarrollo del parto de cada mujer, lo que también se pone en evidencia es que el momento socio-histórico en el que cada una de ellas fue madre marca una realidad. Según como fueron acompañados

y controlados estos partos (de acuerdo con la *ideología de la reproducción* reinante) y según el lugar en el que se produjeron, el evento tuvo un funcionamiento u otro, y la vivencia emocional de las mujeres es descrita de formas distintas. Además de la variable histórica hay una variable de clase más agudizada a lo largo del siglo XX que en la actualidad, en que el paradigma bio-tecnológico de atención al parto ha homogeneizado las experiencias de mujeres de diferentes estatus.

Entre las entrevistadas mayores de sesenta años, lo habitual era o bien el parto en casa en el ámbito rural, con acompañamiento de comadronas con o sin formación, o bien, en el ámbito de la burguesía urbana, la atención al parto a domicilio por parte de médicos tocólogos y con seguimiento del embarazo (control del peso, dieta, fechas incluso radiografías) si podían costearlo. En un caso de este estudio, el médico solamente se presenta a la hora de hacer la sutura posparto. En la misma época, años 40-50, otras mujeres tenían partos hospitalarios altamente medicalizados y con ausencia de medidas paliativas del dolor. Las mujeres que parieron en hospital en aquella época relatan que tuvieron que dar a luz tumbadas, solas, sin posibilidad de movimiento y sin quejarse. La no expresión del miedo o del dolor era un valor destacable. Consuelo, de 91 años, relata: "Yo me desgarré de arriba abajo y nadie en el edificio me oyó gritar". Las enfermeras y los médicos les daban instrucciones sobre cómo proceder y desarrollaban su trabajo como autoridades máximas alrededor del proceso. Algunas incluso tuvieron experiencias cercanas de muertes perinatales y maternas y de abortos desarrollados en el hogar. Las entrevistadas no relatan un miedo al parto en esos tiempos, más bien la asunción de que era un proceso doloroso pero normal, que las mujeres podían y tenían que aguantar. No olvidemos la descripción de García Lorca:

"Cuenta Dolores: 'se le endulzó el vientre de manera tan hermosa que tuvo dos criaturas ahí abajo, en el río, porque no le daba tiempo a llegar a las casas, y ella misma las trajo en un pañal para que yo las arreglase.' Y Yerma le pregunta '¿Y pudo venir andando desde el río?' A lo que Dolores responde: 'Vino. Con los zapatos y las enaguas empapadas en sangre..., pero con la cara reluciente.' Pero Yerma, se inquieta: '¿Y no le pasó nada?' Y Dolores aclara: '¿Qué le iba a pasar? Dios es Dios'" (Yerma, acto 3º cuadro 1º).

La siguiente generación, las madres que según las categorías establecidas para esta investigación parieron entre los últimos años de la década de los 60 y la década de los 80, fue protagonista del auge de la tecnologización del nacimiento. La implantación del *pentotal* (barbitúrico que se aplicaba en el último estadio del

expulsivo para dejar a la madre semi-inconsciente y que actualmente forma parte del cóctel que se emplea para la inyección letal de los condenados a muerte en EE.UU.) era generalizada en los partos hospitalarios, que devinieron la mayoría. La episiotomía (corte del periné de la mujer para acelerar la salida del bebé en el expulsivo) también se aplicaba rutinariamente a todas las madres primerizas. El paradigma bio-tecnológico, y la misma evolución de las condiciones de salud en general, supuso una superación de algunos riesgos maternos y perinatales que habían acompañado el parto durante siglos y también una supuesta implantación del "parto sin dolor", dignificando en parte la situación de la parturienta, a merced del control y de la autoridad médica. A lo largo de estas décadas, el papel de la comadrona fue quedando en desuso, hasta llegar incluso a desaparecer la formación universitaria específica durante años en España. Valle Racero hace un buen repaso de la formación de las matronas en España en su artículo "El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957" (Valle Racero, 2002). Se establece el precepto de que las mujeres deben ir a parir con el ginecólogo, aún muy arraigado. De hecho, y durante años, según relatan algunas informantes, el parto con matrona era considerado "cosa de pobres".

En esa época también surgen los movimientos "pro-parto natural". El pionero fue el obstetra británico Grantly Dick-Read, quien en 1942 publicó *Childbirth without Fear* (Dick-Read, 1942). Este obstetra investigó sobre la presencia del dolor en el parto y lo relacionó con las expectativas que la misma mujer tenía sobre qué debía sentir al dar a luz. Supuestamente, en condiciones "naturales", las mujeres podrían parir perfectamente sin dolor ni sufrimiento. Se suponía que las cualidades "innatas" de la mujer (entre ellas, según el autor, la dulzura y la ternura) permitirían tener un buen parto sin interferencias. Indagando sobre esta cuestión, se dio cuenta de que los testimonios de partos indoloros o con dolor muy leve tenían en común la variable de que la mujer estaba en una situación de relajación y ausencia de miedo o estrés. Según su perspectiva, el cuerpo de la mujer sabe dar a luz de forma inconsciente, está de alguna forma programado para ello. La respuesta física al miedo generaría, según el obstetra, una reacción en forma de movimientos espásticos del útero que serían, a su vez, dolorosos. El obstetra de cabecera, junto a Frédérick Leboyer (autor de *Por un nacimiento sin violencia*, 1976), de los movimientos a favor del parto de baja intervención en la actualidad, Michel Odent, sigue una línea argumentativa que entronca con la de Dick-Read: la parturienta necesita intimidad, silencio y un

ambiente de respeto para que sus funciones fisiológicas ligadas con las hormonas del parto – hormonas “tímidas” y afectadas negativamente por un ambiente generador de estrés – se desarrollen con normalidad y conduzcan a un parto sin complicaciones (Odent, 2001).

Hay otros estudios comparativos, que recoge la bioquímica Laura García Carrascosa, que demuestran que en poblaciones donde se da por supuesto que el parto tiene que ser paliado necesariamente por la anestesia (como en EE.UU.), la visión general de las embarazadas y parturientas es que el parto es doloroso y arriesgado (Carrascosa, 2010). Así, por ejemplo, en Holanda, dónde la ideología dominante es que el dolor en el parto es perfectamente soportable, las madres muestran menos miedo al dolor (Senden et al., 1988 y Johnson, 2007). A este respecto dice también la doctora norteamericana Northrup:

“Las prácticas para el parto dicen más acerca de los valores y creencias de una cultura que cualquiera de sus otras costumbres. En nuestra cultura, como se refleja en todo, desde series de televisión a los dramas de Hollywood, el parto se describe como un trance intensamente doloroso y muy peligroso para la vida. (...)”

¿Cuántas veces has visto describir a una mujer parturienta como a una histérica descontrolada suplicando que le den analgésicos para calmar sus sufrimientos? La intervención en crisis, la fijación en la tecnología, la mentalidad de urgencia de nuestra cultura se expresan día a día en las salas de parto de hospitales y en la psique de cada mujer individual” (2006, 125).

El aporte interesante de estos puntos de vista tiene que ver con la importancia que dan al papel de las expectativas (es decir, como hemos sido educadas) en relación con la normalidad del dolor, y también al peso del entorno en la vivencia del parto por parte de sus protagonistas. Después de los años sesenta se importó desde Rusia a Occidente el “método psicoprofiláctico”, que pretendía aportar información para que las madres afrontaran el parto sin miedo y con conciencia. Éste es el método que adoptó la matrona Consuelo Ruíz en España autora de *Parto sin dolor* (Ruíz, 1955). Por su parte, el francés Fernand Lamaze también presentó el método del “parto sin dolor” en Francia, que asumía la importancia de la educación de las embarazadas para tener un buen parto. Estos métodos e ideologías no cuestionaban la autoridad médica sino que ponían a las mujeres a cargo del parto estableciendo siempre una relación de confianza con el/la obstetra. Paralelamente, en el Reino Unido Erna Wright se encargó de educar a las mujeres para un parto sin miedo, introduciendo algunos conceptos como “el día B” (de *Birth*) (otra vez analogías bélicas!).

Finalmente, las mujeres de menos de cuarenta años entrevistadas en mi estudio han parido entrado el siglo XXI, es decir, en el último estadio de la bio-medicina en el parto. Para ellas, la epidural se asocia directamente al proceso, como una supuesta garantía de la eliminación del dolor y del sufrimiento. También el control técnico toma protagonismo con la monitorización toco-cardiográfica y los seguimientos generalizados del embarazo. Las mujeres pasan por varios análisis de sangre, orina y bacterias perianales, y por ecografías y visitas médicas a lo largo de la gestación para contrastar la coincidencia de sus variables con los estándares de normalidad. Nos encontramos, además, con un gran número de embarazos múltiples, partos prematuros y embarazadas primerizas de edad avanzada.

Lentamente, las comadronas vuelven a tomar protagonismo en las salas de parto, aún ahora bajo la supervisión y autorización última de los tocólogos. Desde los años setenta hasta la actualidad hay un pequeño repunte del parto domiciliario, sin que sea comparable con el parto atendido en un entorno rural o en casas urbanas, pero con escaso control médico, que dominaba el panorama a principios del siglo pasado. En la actualidad la gran mayoría de las mujeres que optan por tener a sus bebés en casa lo hacen tras un control del embarazo y atendidas por comadronas, ginecólogos o equipos que tienen herramientas para garantizar la seguridad básica. Las parturientas de las últimas décadas también se caracterizan por haber ido tomando las riendas de la información y las decisiones sobre sus propios procesos de gestación y parto.

Sin embargo, bajo el actual paradigma bio-tecnológico o tecnocrático (descrito por la antropóloga Robbie Davis-Floyd en 2001), el parto se vive como responsabilidad última del obstetra (y de la institución sanitaria, por extensión) y la madre es un elemento pasivo del proceso que debe acatar la autoridad médica sin cuestionarla. Algunas madres entrevistadas lamentan la falta de apoyo y de empatía por parte del obstetra que las atendió durante el parto, que omitió discutir sobre el tratamiento de éste a lo largo del embarazo y, a la hora de la verdad, desoyó los deseos previos de la parturienta, a favor de una atención supuestamente más eficiente pero mucho más medicalizada. He aquí algunos de los testimonios recogidos:

“El médico era un manazas” (Àngels)

“Una experiencia con un ginecólogo cuando era adolescente me hizo sentir poco cuidada e

inferior. (...) Cuando me imagino pariendo, me veo en un hospital y pasándolo mal” (Silvia)

“Hubo un momento en el que las cuatro o cinco personas que había a mi alrededor se separaron y me dijeron: ‘Bueno, si lo que quieres es irte a tu casa, levántate y vete’. Yo sentí como que me estaban castigando, lanzándome una reprimenda. Me callé. Llamaron al ginecólogo y echaron a mi pareja” (Jessica)

“Me robaron el momento del parto, me acabaron el embarazo ahí. Como si fuera a correr por primera vez una maratón y quisieran que saliera corriendo disparada desde el primer momento” (Teresa)

6. Reflexión final

Los cuerpos de las madres gestantes y de parto, que ingresan en el sistema sanitario para ser vigilados y controlados en favor de su bienestar y del bebé, pueden ser vistos como el último sitio de control ideológico foucaultiano, el lugar que incorpora las formas de vigilancia y regulación del Estado a través de la educación de las mujeres. Los controles durante el embarazo (análisis, ecografías, pruebas, mediciones y cursillos) sirven para medir y encauzar el desarrollo del embarazo y del feto en relación a unos estándares de normalidad deseables.

Los fallos de diagnóstico o las desviaciones de la normalidad devienen fuentes de angustia frecuentes entre las madres y las familias expectantes. No es raro oír testimonios de embarazos y partos pasados en los cuales, en algún momento del proceso, un doctor transmitió una mala noticia. La interpretación de un dato resultó no tener consecuencias o fue invalidada o relativizada por una segunda opinión, lo cual no evitó la angustia hasta que se desentrañó la situación real: “En el octavo mes de embarazo en una de las pruebas salió el líquido amniótico demasiado alto y eso podía tener consecuencias para la bebé; no nos lo explicaron muy bien. Estuvimos muy preocupados y tristes hasta que nos lo desmintió otra doctora unas semanas después” (Marta). Por lo tanto, el uso de la tecnología para controlar el desarrollo favorable del embarazo y el parto puede generar falsos positivos que no solamente pueden provocar malestar en la madre gestante y en la familia sino también desencadenar intervenciones que luego se revelen innecesarias, acentuando la percepción del cuerpo de la embarazada como cuerpo en riesgo.

Otro efecto del uso del control tecnológico sobre el cuerpo materno es lo que entre los movimientos a favor del embarazo y parto respetado (o parto "natural", o parto "humanizado"), se conoce como "Enseñar la carta del niño muerto". Se utiliza esta expresión para referirse al uso por parte de los profesionales sanitarios de argumentos de dudoso apoyo científico para convencer a las embarazadas o parturientas más cuestionadoras de que se sometan a ciertas rutinas médicas mediante la exposición de todos los riesgos de no hacerlo, por remotos que estos sean. Se fuerza a las madres a decidir, por lo tanto, en base al miedo. Blázquez recoge una serie de estudios sobre las representaciones del cuerpo de la embarazada que muestran cómo: "estas representaciones producen que la mujer viva su cuerpo durante el embarazo con miedo y desconfianza, vivencia que facilita la apropiación de la atención de sus cuerpos embarazados por parte de los expertos/as profesionales médicos" (Blázquez, 2005, 7-8).

Por lo general, en varias descripciones de la relación médico-paciente, el consentimiento informado brilla por su ausencia y los facultativos opinan directamente sobre el tratamiento que la embarazada o parturienta debe aceptar, sin explicar qué alternativas o riesgos existen. En el caso de madre, por lo tanto, se hace evidente que se espera que deje la propia jurisdicción sobre su cuerpo en manos del personal sanitario. De hecho, pocas madres son conscientes de la Ley de la Autonomía del Paciente y de la posibilidad de discutir o rechazar los tratamientos médicos, incluso en el transcurso del parto. Aun conociendo estas opciones, la situación en la que una mujer embarazada o de parto se encuentra dentro de la institución sanitaria es de clara inferioridad de condiciones en cuanto a información sobre los procesos y opciones alternativas.

La falta de experiencia vivida en primera persona por parte de las madres primerizas o de las mujeres en general facilita que la anticipación de un eventual parto esté elaborada sobre ideas preconcebidas que surgen de fuentes varias, como hemos descrito. A ello se añade que, mayoritariamente, las mujeres no buscan conscientemente información sobre el parto hasta que están embarazadas. De esta manera, el peso específico de todo lo que han absorbido previamente en forma de mensajes positivos o negativos sobre el parto es muy significativo. Muchas admiten no haberse hecho ninguna pregunta ni expectativa sobre el parto de forma consciente antes de su embarazo e incluso durante éste algunas mujeres dicen:

“Me hubiese gustado que alguien me hubiera explicado la importancia vital que este hecho tendría para mi vida, que me dijeran ‘¡Tate! ¡Estáte al caso porque esto es trascendental para tu existencia!’ Me preparé para el embarazo pero al parto fui muy a ciegas” (Teresa).

El hecho de que el parto humano sea necesariamente acompañado no implica que este suceso tenga que ser mortífero o temido. De hecho, el cuerpo de las mujeres, incluso siendo bípedas, occidentales y de más edad que nuestras bisabuelas cuando fueron madres, sigue estando preparado para gestar, parir y amamantar y teniendo los mecanismos físicos y bioquímicos adecuados para llevar a cabo estas empresas con éxito. A la mujer de parto que pone en las manos de otros su acompañamiento puede serle expropiado este proceso en nombre de la seguridad y la salud. En cambio, también se le puede acompañar desde una visión de sí misma como ser capaz y competente, con una perspectiva del parto como un trance respetable por incierto pero eminente como acto de vida.

El enfoque individual sobre el parto se integra en un conjunto de valores adquiridos a lo largo del tiempo que en parte se construyen a partir de los comentarios de familiares, sanitarios y por las imágenes cinematográficas y, más recientemente, por internet. La asunción general de que los problemas o virtudes para parir son hereditarios es una naturalización de un hecho que está revestido de condicionantes culturales. Por el contrario, las mujeres expresan la importancia de que circule información completa sobre el parto tanto a nivel social como profesional.

Las mujeres entrevistadas tienen conciencia de su propio nacimiento y de varios mandatos familiares en relación al parto (mujeres buenas parteras, mujeres de partos difíciles, mujeres pasivas en el parto, mujeres estoicas...). Estas narraciones son transmitidas en las familias como relatos íntimos pero aglutinantes del sentido de pertenencia colectivo. En muchos casos, los relatos mismos no generan empoderamiento en las futuras madres sino, al contrario, generan una expectativa sobre su propia capacidad que será controlada y evaluada por la familia³ y por los profesionales sanitarios con el consecuente miedo por la incertidumbre sobre la propia actuación. Este miedo a las intervenciones y a la cesión de la jurisdicción sobre el propio cuerpo a desconocidos es uno de los miedos actuales de las madres modernas, especialmente aquellas más informadas, que vendría a justificar el miedo a parir en una era de máxima seguridad dentro del parto.

Bibliografía

ISSN 1989-7022

DILEMATA, año 7 (2015), nº 18, 129-145

- Bauman, Zygmunt (1992), *Mortality, Immortality and Other Life Strategies*, Cambridge, Polity Press
- Blázquez Rodríguez, María Isabel (2005), "Aproximación a la antropología de la reproducción", *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana* nº 42, Julio-Agosto [<http://www.aibr.org/antropologia/42jul/articulos/jul0506.php>]
- Belli, Gioconda (1995), *El ojo de la Mujer*, Madrid, Visor Libros
- Bodoque, Yolanda y Montes, María Jesús (2002), "El cuerpo del embarazo: poder, discursos y representaciones", *Actas del IX Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*, Barcelona
- Callister, Lynn Clark (2004), "Making Meaning: Women's Birth Narratives", *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 33, (4), 508-18
- Cardús, Laura (2014), "Miedo a parir ¿Miedo a morir?" *Periferias, Fronteras y Diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*, Tarragona, 4250-4269
- Coll-Planas, Gerard (2012), *La carn i la metàfora. Una reflexió sobre el cos a la teoria queer*, Barcelona, Editorial UOC
- Davis-Floyd, Robbie (2001), "The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75, (1), 5-23
- Dick-Read, Grantly (1942), *Childbirth without Fear*, London, Heinemann Medical Books
- Douglas, Mary (1996), *La aceptabilidad del riesgo según las Ciencias Sociales*, Barcelona, Paidós
- García Carrascosa, Laura (2010), *El miedo al dolor en el parto y cómo afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural*, (inédito, http://www.sarajort.es/imagenes/upload/File/el_miedo_y_dolor_en_el_parto.pdf)
- Johnson, Taralyn R., et al. (2007), "Dutch Women's Perceptions of Childbirth in the Netherlands", *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 2007, 32(3), 170-177
- Kierkegaard, Sören (1932), *The diary of a seducer*, NY: The Dragon Press.
- Leboyer, Frederick (1976), *Por un nacimiento sin violencia*. Madrid, Mandala Ediciones
- Loroux, Nicole (1981), "Le lit, la guerre", *L'Homme*, XXI, 1 37-67
- Montes, María Jesús (1997), "Medicalización reproductiva o la alineación del cuerpo" *Enfermería Clínica*, 9, (5), 06-212
- Northrup, Christiane (2006), *Madres e hijas*, Barcelona, Urano
- Odent, Michel (2001), *La científicización del amor*, Madrid, Creavida
- Reed, Rachel (2013), *Midwifery practice, rites of passage and rites of protection*, Queensland, University of the Sunshine Coast
- Ruiz Vélez-Frías, Consuelo (1955), *Parto sin dolor, método de preparación psicoprofiláctico*, Madrid, Ed. Enciclopédica
- Sánchez, Dolores (2008), "El discurso médico, piedra angular de la construcción de las relaciones de género en la época contemporánea", *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 2008, LX (1), enero-junio, 63-82
- Selin, H. y Stone, P. K. (Eds.) (2009), *Childbirth across Cultures. Ideas and Practices of Pregnancy, Childbirth and the Postpartum*, New York, Springer
- Senden, I.P., et al., (1988), "Labor Pain: A Comparison of Parturients in a Dutch and an American Teaching Hospital", *Obstetrics & Gynecology*, 1988, 71 (4), p. 541-544

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2008), *Documento SEGO de consenso de asistencia al parto* [http://www.sego.es/.../doc/Documento_de_Consenso_y_Recomendaciones.doc]

Staton Savage, Jane (2006), "The Lived Experience of Knowing in Childbirth", *The Journal of Perinatal Education*, 15, (3), 10-24

Valle Racero, V. I. (2002), "El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957", *Matronas profesión*, 2002, 3(9), pp 28-35

Zborowski, Mark (1958), "Cultural responses to pain", *Sociology* 101 [<http://www.sociology101.net/readings/Cultural-Responses-to-Pain.pdf>]

Notas

1. Se pueden encontrar testimonios de parto, por ejemplo en: <http://www.elpartoesnuestro.es/relatos/>; <http://www.donallum.org/category/testimonis/>; <http://homebirthersandhopefuls.com/birth-stories/>; http://bebes.facilísimo.com/foros/parto/relatos-de-parto_179723.html
2. Todos los nombres de las informantes han sido modificados para preservar su anonimato.
3. En algunas sociedades no occidentales las decisiones sobre el parto no las toma tampoco la misma madre ni el personal médico sino el marido o la suegra (Selin y Stone, 2009, xvi).