



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

García-Jordá, Dailys; Díaz-Bernal, Zoe; Acosta Álamo, Marlen
El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva
antropológica

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 7, julio, 2012, pp. 1893-1902

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023392029>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica

Childbirth in Cuba: analysis of the experience of medically supervised delivery from an anthropological perspective

Dailys García-Jordá ¹

Zoe Díaz-Bernal ²

Marlen Acosta Álamo ¹

Abstract *Knowledge about pregnancy, childbirth, and postpartum in Cuba is currently deficient. Childbirth has been fundamentally studied as a medical event from its clinical aspects. Analysis of the reproductive process from the Medical Anthropology perspective could contribute to healthcare services providing more humane treatment and empowerment for women and men as the persons primarily responsible for their reproductive processes. This study investigated the experience and perception of childbirth in three hospitals in Havana. The scope of this research was to understand the representation and practice of childbirth and to describe the experiences of women during this event. Qualitative investigation techniques were used, together with interviews and participant observation of 36 women in labor, ten family members and nine obstetricians. The qualitative data was analyzed using Grounded Theory methodology. All the childbirths occurred with numerous medical interventions and the maternity experience was very intense. The participation of men was limited. From the anthropological perspective the routine use of some medical interventions and the institutional regulations described are considered manifestations of physical and gender violence.*

Key words *Childbirth, Labor, Medical anthropology, Motherhood, Medically supervised delivery, Qualitative research*

Resumen *En Cuba, el conocimiento sobre el embarazo, el parto y el puerperio es deficiente actualmente, ya que el nacimiento ha sido abordado fundamentalmente como un evento médico, desde sus aristas clínicas. Su análisis desde las perspectivas teóricas de la Antropología Médica puede contribuir a incrementar la calidez en los servicios de atención, así como al empoderamiento de las mujeres y los hombres como los principales responsables de sus procesos reproductivos. El presente estudio investigó la experiencia y percepción sobre el nacimiento en tres hospitales de La Habana. Su propósito fue comprender las representaciones y prácticas relacionadas con el parto y describir la experiencia de las mujeres. Se utilizaron técnicas cualitativas de investigación: entrevistas y observación participante a 36 mujeres en parto, diez familiares y nueve obstetras. Los discursos fueron analizados según la Teoría Fundamentalada. Todos los nacimientos tuvieron lugar con numerosas intervenciones médicas. La experiencia de la maternidad fue muy intensa. La participación de los hombres fue limitada. Desde la perspectiva antropológica el uso rutinario de las intervenciones médicas y las regulaciones institucionales descritas se consideran manifestaciones de violencia física y de género.*

Palabras clave *Nacimiento, parto, Antropología Médica, maternidad, medicalización, investigación cualitativa*

¹ Grupo de Antropología, Dpto. de Biología Animal y Humana, Facultad de Biología, Universidad de La Habana. Calle 25 N° 455, Vedado. Ciudad de La Habana Cuba
dailys@fbio.uh.cu

² Escuela Nacional de Salud Pública.

Introducción

El parto es un ejemplo paradigmático de la actividad medicalizadora^{1,2}, ya que es un problema de salud que se incluye en la medicina moderna debido a las nuevas funciones de control y normalización además de las curativas y preventivas^{3,4}. Su atención está insertada en el Modelo Médico Hegemónico (MMH), modelo que a pesar de las críticas que se le han planteado continúa en evolución y expansión, que hegemoniza el control sobre los conocimientos referidos al cuerpo humano, en este caso al femenino y sus procesos fisiológicos^{4,5}.

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 digna⁶, en la que además de reducir la medicalización se contempla a las mujeres como sujetos de propio derecho. Estudios representativos al respecto parten de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que a partir de la revisión de investigaciones sobre la asistencia a partos normales, plantea las prácticas que debieran ser eliminadas por considerarlas perjudiciales o ineficaces y aquellas que se debieran promover^{7,8}.

En sus recomendaciones además, promueve el análisis crítico de las prácticas médicas sistemáticas, cuestiona los discursos hegemónicos y considera imprescindible la participación de las mujeres⁵.

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 parto en Cuba, contribuirá a proporcionar elementos para la humanización del proceso en función del bienestar de las gestantes y sus familias.

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 actores⁹. La aplicación de la Antropología Médica al análisis de la atención al parto, 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, 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, a la vez que pone de manifiesto como la medicalización excesiva del parto puede llegar a tener consecuencias desfavorables en la vivencia de las mujeres, como vía para proponer políticas de salud que reivindiquen 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 los hombres durante el proceso.

El propósito de esta investigación fue comprender, las representaciones y prácticas relacionadas con el parto y describir las experiencias de las mujeres durante el evento.

Método

La presente investigación se realizó en La Habana, entre abril de 2007 y marzo de 2010. Es de orden interpretativo, a partir de información cualitativa y descriptiva. Se tuvo en cuenta el sentido, las motivaciones y expectativas que mujeres y familiares así como prestadores de salud otorgan al parto, entendido este como: el trabajo de parto, el parto propiamente y el puerperio durante la estancia hospitalaria.

La información se obtuvo a partir de entrevistas y observación participante en tres hospitales ginecobiéstéticos. Fueron entrevistadas 36 mujeres, 10 de sus acompañantes y nueve obstetras de los servicios seleccionados. La saturación de la información determinó el tamaño de la muestra.

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 las investigadoras ante la población objeto¹⁰. Para minimizar el efecto del observador, se utilizaron dos investigadoras, que realizaron la acción de forma independiente. La observación se realizó en: preparto, 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 19 sesiones de trabajo.

Las entrevistas se realizaron en varios momentos de duración variable, desde el ingreso de las mujeres en el servicio de partos hasta el puerperio hospitalario.

La información procedente de las entrevistas y la observación participante fue transcrita textualmente, se enriqueció con las anotaciones manuales y se analizó según la Teoría Fundamentada¹⁰.

Los participantes en la investigación tuvieron absoluta libertad para colaborar o no con el estudio y responder cada una de las preguntas que se les realizó. Se les explicaron los objetivos del mismo y lo que se requería de ellos/as. En el caso de las mujeres y sus familiares 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. En cada caso mostraron su conformidad a través de la firma del Consentimiento Informado. Las grabaciones de las entrevistas y descripciones de la observación participante fueron eliminadas una vez transcritas. Para mantener la confidencialidad de las personas entrevistadas y los datos aportados, los nombres de referencia utilizados no son los verdaderos.

Resultados

Para todas las entrevistadas el preparto y el parto propiamente fueron muy impactantes, intensos, por el agotamiento físico, el dolor y la preocupación. Para la mayoría fue un evento de gran emoción, asociado a la inminente llegada de su bebé. En el puerperio inmediato compartieron dolor físico e incomodidad, con satisfacción, placer y tranquilidad.

La vivencia del parto: La mujer/paciente

La mayoría de las mujeres estudiadas arribaron a los servicios de partos cuando tuvieron 4 cm de dilatación. En sus declaraciones refirieron que colaboraron, cumplieron órdenes, permitieron la exploración de sus cuerpos incluso ante la presencia de personal ajeno y no declararon que cuestionaran las prácticas realizadas. Algunas desearon caminar durante el trabajo de parto y según los médicos estaban limitadas para ello por el poco espacio. En dos de los servicios, les cambiaron sus batas por las del hospital y todas tuvieron que despojarse de sus prendas (aretes, reloj). A todas les canalizaron una vena, a la mayoría las acostaron para la monitorización fetal electrónica y se le realizó la rotura artificial de membranas. En este contexto fueron pacientes, denominadas en función del cubículo o la cama asignada. Fueron tratadas como “**mamita, mijita, mijita, mi chiquitica, negrita**” y en pocas ocasiones señora. Las mujeres y sus acompañantes asumieron las normas indicadas y por lo general no expresaron su inconformidad ante situaciones que desaprobaron y se limitaron a hacer lo que se les indicó.

El contacto entre obstetras 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, ni que dieran explicaciones relacionadas con el proceso, a menos que ellas las pidieran y fueron escasos los tratos más próximos. 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.

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), no contaban con sábanas para taparse.

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

Todos los partos tuvieron lugar en posición de litotomía. El discurso de los médicos sugirió que los salones están diseñados en función de los profesionales y no de las gestantes.

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] (Obstetra 1).

Lo justo es permitirle a la paciente optar por la posición que deseé para parir [...] De hecho creo que no se 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 (Obstetra 3).

Las intervenciones médicas realizadas en el parto, fueron descritas en el relato de la mayoría de las mujeres, después de una interrogación al respecto o espontáneamente al día siguiente 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 de la canalización de vena con anterioridad y a la monitorización se refirieron favorablemente en función del bienestar de su bebé, aunque describie-

ron la incomodidad que implicó, no se percataban 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.

...yo no paro más, este niño va a tener todo mi amor; pero no, yo no puedo, no vuelvo a pasar por esto, tuve un parto muy trabajoso, por suerte una muchacha se me encaramó, eso fue un alivio porque salió el chiquito (Lisette)

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, pótate bien, como si uno fuera un niño chiquito y me dolío muchísimo (Elizabeth)

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 doctora de aquí dale mija, puja, dale aprieta, me tenía desesperada y las manos metiéndomelas para allá dentro (Yáima).

En el salón de parto, me mandaron a acostar, yo quería estar semi-sentada, pero no lo pedí, ellos mismos te acuestan. 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 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... (Daniela)

La episiotomía le fue realizada a 29 de las 36 entrevistadas. Los/as obstetras declararon que se usa rutinariamente, se refirieron a los riesgos que implica, no obstante hubo disparidad de criterios en cuanto a su necesidad. La revisión del útero y la sutura de la episiotomía fueron intervenciones muy traumáticas para la mayoría de las estudiadas, que se quejaron de fuertes dolores y de que la anestesia era insuficiente. En uno de los servicios las quejas por la episiotomía fueron menores, se observó que algunas mujeres fueron anestesiadas en más de una oportunidad, en este mismo lugar se observaron cuatro partos en los que no se realizó episiotomía ni hubo que suturar desgarros.

Con la rotura artificial de membranas, hubo consenso entre obstetras 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 lateromedial, los desgarros siempre, siempre van a la rafia... no es lo mismo dar puntos en un borde fino que en uno romo (Obstetra 1)

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. En el noventa y tanto por ciento de los partos no hay que hacerla (Obstetra 3)

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

Las mujeres 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. 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. 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? (Obstetra 1).

Las explicaciones me las dan a mí y yo se las transmito a ella (Luis, compañero de Heidi. Estudiante de Medicina).

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 yo estaba pesadísimo... Yo se lo digo, eso está en la mujer y eso tiene que ser poco a poco (Yáima)

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.

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... (Obstetra 1)

Para mí no tiene relación con nada, lo mismo se porta mal una adolescente que una multipara de 30 años, como esa que está ahí que ya ha pedido cesárea como tres veces, como si no supieran a lo que vienen... (Obstetra 6)

El acompañamiento durante el parto fue muy bien valorado por las mujeres. De las 36 entrevis-

tadas, 30 estuvieron acompañadas durante el preparto, 11 en el parto, 24 durante la recuperación (las cuatro primeras horas después del parto) y todas en la sala de puerperio. La diferencia se basó en lo permitido en cada uno de los servicios. En preparto predominaron las mujeres como acompañantes. La mayoría de las mujeres prefirió la compañía de la madre aunque refirió que sus parejas mostraron interés. Pensaban que los hombres no estaban preparados para el momento. En esta investigación la preferencia por el compañero como acompañante en el preparto y parto se relacionó con el nivel de información de ambos o de él. La mayoría de ellas sí deseó su presencia en la sala de puerperio pero a ninguno le fue permitido. En general las mujeres y sus familiares repitieron la razón que les dieron 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... 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).

Yo creo que es útil, pero por lo general la familia se estresa mucho, se alteran al ver sufrir a la mujer (Obstetra 7).

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 cinco minutos porque le lloró a alguien (Daniela).

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

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

Los acompañantes normalmente no ayudan. Es muy raro que un acompañante, a menos que sea del sistema de salud y de Ginecología, sepa qué es lo que tiene que hacer; que realmente lo que tiene que hacer es darle apoyo psicológico a la embarazada (Obstetra 1).

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. 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 espalda y sostuvieron sus manos, sus piernas o la cabeza según les indicaron o asumieron que las ayudaban. Las mujeres acompañantes (madres, tíos 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 pedían. Todas/os estuvieron al tanto de las intervenciones médicas que correspondían según las horas (monitorización y reconocimiento cada tres horas, revisión en su cama cada 30 minutos). Ante las quejas de las mujeres por los procedimientos médicos (gritos más fuertes y gemidos durante el reconocimiento o la monitorización) varias madres reclamaron 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.

Recuperación

De la sala de partos en los tres hospitales estudiados, las mujeres fueron trasladadas a la sala denominada "Alojamiento conjunto", donde permanecieron un mínimo de cuatro horas, a este periodo la mayoría de ellas lo denominó "recuperación". Estas salas contaban con cuatro o seis camas y durante la presencia de las investigadoras estuvieron ocupadas por más de tres mujeres, sus bebés y sus acompañantes mujeres en los dos servicios que estaban permitidas.

Todas las mujeres en recuperación 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.

El primer encuentro con el hijo o la hija, fue 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.

Cuando él salió completo que lo sentí, traté de subir un poquito más y lo vi de aquí [la cintura] para arriba, al momento se lo llevaron para limpiarlo y eso. Cuando ellos salen le hacen un trabajo, le sacan un poquito de moco, líquido si tragó... a mí estaban cosiéndome y me tardé un poco porque me desgarré (Arelys).

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).

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. Esto se relacionó con el hecho de que a través de esta minuciosa observación comenzaron a identificar en sus bebés rasgos parecidos o repetidos de sí mismas, el padre u otro familiar.

Se parece a Roly [el padre], *la nariz es de él* (Ivis).

Si ves al papá te vas a dar cuenta de que son iguales (Dunia).

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 si los huevos están claritos va a ser clarito (Lisette).

... con esas orejas oscuras, todo lo demás se va a poner de ese mismo color, ya tú sabes (Acompañante de Danay).

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

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 imaginario que en torno al nacimiento existe 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 mujeres más jóvenes.

- *Mi cuna está armada hace como dos meses y dicen que no se puede. - La mía también, como una semana* (Arelys y Sandra).

- *¿Es verdad eso que dicen que yo no me puedo lavar la cabeza en la cuarentena?* - *Sí, eso dicen por lo de la mollerita, que 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 por los gases, yo hago todo, todo lo que digan, a todo yo le hago caso, no se puede hacer, no lo hago* (Yaima y Leyanis).

- *La ropa de sacarlos es amarilla, yo no sé porque pero siempre me han dicho que es amarilla. - Ah, pues yo no le traje amarilla pero la mando a buscar. - Yo creo que es por la Caridad* (Gema y Leyanis).

El puerperio hospitalario: el ejercicio de la maternidad y las redes de apoyo

De la sala de “Alojamiento Conjunto” las mujeres junto a sus bebés, fueron trasladadas a las salas de puerperio, donde tenían una acompañante mujer. En estas salas el número de mujeres varió según el hospital, desde dos hasta 10. En ningún caso de los estudiados las mujeres estuvieron solas en las habitaciones.

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.

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

... ya he ido aprendiendo [a manipular al bebé], *el primer día fue muy difícil pero se va aprendiendo, poco a poco* (Vivian).

Las redes de apoyo de todas las mujeres estuvieron constituidas por el grupo familiar y para la mayoría con mayor participación de sus madres, incluso las que manifestaron el deseo de que se involucrase el nuevo padre. En el ingreso en la sala de puerperio ellas justificaron la prohibición del acompañamiento por hombres por preservar la intimidad de otras mujeres, a pesar de que sus compañeros durante el día permanecieron por ratos sin muchas restricciones en dos de los servicios. Por otro lado declararon la presencia de personal no médico en estos espacios y

poca privacidad, y no mostraron malestar por la presencia de familiares hombres de sus compañeras de cuarto.

Mi mamá se va a quedar hoy y también viene mi suegra porque Reinier [su esposo] se quería quedar, pero no lo dejan (Niurka).

Mi mamá se quedó las dos noches, a él [su esposo] no lo dejaron, está cansadísima (Lena)

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).

Discusión

La vivencia del parto se manifestó ambivalente en gran medida a través de aspectos negativos, consecuencia de la representación social y médica de la desconfianza en el cuerpo gestante y el poco conocimiento y autonomía de las mujeres durante el mismo. Conocer al bebé constituyó el aspecto positivo.

El parto tuvo lugar en un contexto hospitalario exclusivamente, con características estructurales e higiénicas por lo general desfavorables, 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 mujeres y familiares.

La cultura medicalizada en torno al parto contribuye a que sea aceptado y ocurra como otro procedimiento ginecológico, en la posición que permite la mesa ginecológica y con numerosas intervenciones médicas, esta práctica no se corresponde con la información al respecto reflejada en la literatura científica internacional. Por lo que constituye un aspecto a investigar con vistas a aumentar la calidez de la atención a través de la disminución de intervenciones que generan malestar y pueden evitarse.

El desconocimiento de las mujeres que se puso de manifiesto 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 de prácticas menos medicalizadas. En general se considera que la práctica médica trabaja en función de acortar el 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.

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 femenina¹¹. Gilberti a partir de los datos que aporta el rastreo antropológico critica drásticamente la posición obstétrica. 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 obstétrico¹². Resultados de la revisión Cochrane, demuestran que el parto acostada de espalda, es más doloroso y causa más problemas con respecto a la frecuencia cardiaca fetal, aumenta el uso de fórceps y de incisiones en el canal del parto, aunque disminuyen las pérdidas sanguíneas¹³.

Sobre la práctica de la episiotomía, la evidencia científica internacional pone de manifiesto 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, produce dolor, molestias innecesarias y efectos a largo plazo potencialmente perjudiciales^{14,15}. Su disminución ha sido estadísticamente significativa en varios países desde la década de los ochenta¹⁶⁻¹⁸. En esta investigación se interpreta como riesgos que introduce la práctica médica en previsión de los relativos al cuerpo y al proceso, como tal se normalizan y minimizan. Resultado obtenido también en otros estudios en el contexto de la asistencia al parto por el MMH^{5,19}.

El estar acompañada o no y por quién durante el parto, fue un elemento de suma importancia presente en el discurso y evidente en la observación participante, que se relacionó con sentimientos de frustración y pérdida de vivencias para algunas parejas que habían pensado sobre esto con anterioridad. Refuerza la subor-

dinación de mujeres y familiares que no tienen capacidad de decisión ante lo estipulado, y refiere brechas entre lo deseado y requerido por las parejas y lo normado y que acontece en los servicios, que se suelen aceptar y subvalorar en los discursos debido a la normalización de la práctica. En esta investigación se constató que el acompañante está ausente en momentos de gran impacto para las parturientas y la causa es la prohibición que imponen los servicios y no la negación de los familiares.

La OMS recomienda que un miembro elegido de la familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal⁷. La evidencia nacional e internacional refiere que el apoyo continuo reduce la duración del trabajo de parto, aumenta las probabilidades de parto vaginal espontáneo, reduce la necesidad de analgesia y por lo general las mujeres manifiestan menor insatisfacción con sus experiencias de parto^{20,21}. A pesar de que es respaldado por el discurso oficial, la práctica se evidenció de disímiles maneras, lo que incidió en la vivencia del proceso.

La 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.

El primer encuentro con el hijo o hija emana como la pérdida de una vivencia. El acto médico del nacimiento atrasa este 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 científica²². Esta actuación no depende de la necesidad o deseo de las madres sino de lo normado en cada hospital. La demora en poder verlos detalladamente constituyó un motivo de angustia y frustración para algunas, lo que 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.

El ejercicio de la maternidad 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 las criaturas y aprendieron de a poco la manipulación y cuidados que debían proporcionarles. Según varias autoras esto ocurre subconscientemente y no suele ser expresado, determinado en gran medida por la idealización social de la maternidad^{5,9}.

El hecho de insertarse la atención al parto 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 establecidas, en alguna medida disminuyó 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, que en gran medida estuvo determinada por lo normado, sobre lo que poco o nada pueden incidir las mujeres y sus familiares.

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 y las 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^{7,13,14,23} 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.

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^{11,24}. 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. Las mujeres carecen de poder y de autonomía para decidir sobre sus propios partos, pierden protagonismo al ser descalificados sus conocimientos²⁵ 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 criaturas¹⁹.

En Latinoamérica y Europa existen estudios comparativos entre partos en hospitales y clínicas, casas de parto y el hogar de la mujer. 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. En este contexto no sufren los elevados niveles de estrés de un am-

biente altamente medicalizado, pues se conciben como protagonistas del proceso^{11,26}.

A partir de estos resultados las autoras consideran perentorio buscar alternativas basadas en modelos asistenciales no hegemónicos para la atención al parto, en concordancia con las preferencias individuales, para que las mujeres y sus familias tengan opciones para elegir la forma en que este será atendido. Esta representación pasa por centrar la perspectiva del proceso en su dimensión fisiológica además de reconocer su valor como acontecimiento trascendente en la vida e implica que solo debe intervenirse cuando se adviertan o presenten desviaciones de la normalidad.

Colaboradores

D García-Jordá: Diseño metodológico de la investigación, trabajo de campo, interpretación de los datos y redacción del artículo. Z Díaz-Bernal: Diseño metodológico de la investigación y trabajo de campo. M Acosta Álamo: Diseño metodológico de la investigación y trabajo de campo.

Referencias

1. Zola IK. El culto a la salud y la medicina inhabilitante. En: Illich I, Zola IK, McKnight J, Caplan J, Shai-ken H, editores. *Profesiones inhabilitantes*. Madrid: Blumen; 1981. p. 37-59.
2. Juan M. Crear el nacimiento: La medicalización de los conflictos en la reproducción. *REIS* 1991; 53:29-51.
3. Helman C. *Culture, Health and Illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1994.
4. Menéndez E. Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. México: *Cuadernos de la Casa Chata* 86; 1984
5. Montes MJ. *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos* [tesis]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2007.
6. 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.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. *Lancet* 1985; 2:436-437.
8. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: The essential antenatal, perinatal and postpartum care course. *Birth*. 2001; 28(3):202-207.
9. 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.
10. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista P. *Metodología de la Investigación*. 4^{ta} ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
11. Camacaro M. *La experiencia del parto. Proceso de la mujer o acto médico*. Maracay: Universidad de Cababobo; 2000.

12. Gilberti E. *Tiempos de mujer*. Buenos Aires: Sudamericana; 1990.
13. Lavender T, Mlay R. Posición en el periodo expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS* [actualizado 15 Dic 2006; citado 2009 dic 28]. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/es/index.html.
14. Liljestrand J. Episiotomía en el parto vaginal. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS* [actualizado 20 Oct 2003; citado 2009 dic 28]. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/es/index.html.
15. Althabe F, Belizán JM, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ* 2002; 324(7343):945-946.
16. Klein MC. Use of episiotomy in the United States. *Birth*. 2002; 29(1):74-75.
17. 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.
18. 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(9):681-682.
19. 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.
20. Verdecia ER, Díaz García I. Repercusión perinatalógica del trabajo de parto con apoyo familiar. *ME-DISAN* [serie en Internet]. 2005 Abr-Jun [citado 2008ene 7];9(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san06205.htm.
21. Martis R. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS* [actualizado 8 Sep 2007; citado 2009 dic 28]. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/rmcom/es/index.html.
22. Puig G, Sguassero Y. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS* [actualizado 9 Nov 2007; citado 2009 dic 28]. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/es/print.html>.
23. Wolomby JJ, Tozin RR. Amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS* [actualizado 5 Ene 2009; citado 2009 dic 28]. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth_childbirth_routine_care/CD006167_Wolombyj_com/es/index.html.
24. Toro J, Zapata L. Reseña de las Jornadas El ginecó-obstetra ante la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2007; 67(3):213-214.
25. 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.
26. 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.

Artigo apresentado em 18/04/2011

Aprovado em 10/05/2011

Versão final apresentada em 29/06/2011