

Conceptualización del cuerpo, la persona y la maternidad en el parto natural¹: el caso del centro de salud Marenostrum de Barcelona

Conceptualization of the body, the person and motherhood in natural birth: The case of Marenostrum Family Health Center, Barcelona

RECIBIDO: 30.09.2015 // ACEPTADO: 02.02.2016

Sarah Lázare Boix

Universitat Autònoma de Barcelona

Resumen:

En la última década, los servicios de atención a la maternidad han experimentado transformaciones relevantes en todo el estado con el objetivo de actualizar las buenas prácticas en asistencia al nacimiento y como parte de una estrategia nacional promovida desde 2007 por el Sistema Nacional de Salud. Entre estas medidas, dieciséis hospitales del ámbito metropolitano de Barcelona cuentan actualmente con un programa de atención natural al parto normal e instalaciones acondicionadas para tal fin. A través del estudio de caso del Centro de Salud Familiar Marenostrum de Barcelona, especializado en asistencia al parto domiciliario, se pretende profundizar en las prácticas y representaciones del parto natural a través de la conceptualización del cuerpo, la persona y la maternidad.

Palabras clave: parto natural, Barcelona, cuerpo, persona, maternidad

Abstract:

In the last decade, birth assistance services around the country have made significant changes in order to update best practices in childbirth assistance, as part of a national strategy promoted since 2007 by Spain's National Health System. Among the measures, sixteen hospitals in the metropolitan area of Barcelona currently offer a natural childbirth program in purpose-designed facilities. Through a case study of the Family Health Center Marenostrum in Barcelona, which is specialized in homebirths, this article examines the practices and representations of natural birth through the conceptualization of the body, the person and motherhood.

Keywords: natural birth, Barcelona, body, person, motherhood

¹ En el texto, el término de "parto natural" refiere a un parto vaginal en el que ni en la dilatación ni en el parto se interviene de forma externa mediante medicación y/o instrumentalización; es decir, cuando todas las fases del parto se dan forma espontánea. Se ha optado por este significado por ser el que le dan las informantes (emic), pero su significado concuerda con el de "parto fisiológico" que usó Blázquez en su tesis doctoral (Blázquez, 2009). En la realidad estudiada, también es habitual que el parto natural también sea denominado como "parto normal", "parto respetado" o "parto humanizado". Las nociones de "normal", "respetado" y "humanizado" tienen un sentido positivo y, aunque polisémico en la línea que Dutra y Meyer (2007) lo describen, siempre beneficioso y conveniente.

Introducción

La memoria de actividad del Servei Català de la Salut de 2014 apunta a que en Cataluña existen treinta y tres centros hospitalarios que cuentan con un programa de asistencia natural al parto y una adecuación de instalaciones a sus necesidades específicas (CatSalut 2014: 189). Esta iniciativa forma parte de un conjunto amplio de medidas que los servicios catalanes de atención a la salud materno-infantil han adoptado como actualización de buenas prácticas para la atención al nacimiento, cuyo origen es la Estrategia Nacional de Atención al Parto Normal² que el Sistema Nacional de Salud aprobó en 2007. Dieciséis de los hospitales –prácticamente la mitad- que cuentan con un programa de tales características se concentran en el ámbito metropolitano de Barcelona (CatSalut 2014: 192). Barcelona también fue el lugar donde se gestó la *Guia d'assistència del part a casa* (Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, 2010), la única de sus características disponible en el estado español hasta el momento y que también incorpora el modelo de asistencia natural al nacimiento. No tiene esto nada de fortuito si tenemos en cuenta que los informes del Observatorio del Parto en Casa en España del equipo EDUCER³, con datos del 2010 al 2013, señalan que Cataluña es la comunidad donde más familias optan por un parto domiciliario y que, dentro de este marco, Barcelona es el lugar donde más extendida está esta práctica (EDUCER 2012, 2013, 2014, 2015).

Existen muchos indicadores, por tanto, que hacen pensar que en Barcelona se aglutina un colectivo creciente de familias simpatizantes con la ideología del parto natural. Por esta razón, las investigaciones etnográficas sobre cómo se concreta la conceptualización y las prácticas que giran en torno al parto natural en Barcelona son pertinentes para favorecer la comprensión de este fenómeno social. En este sentido, el estudio de caso que se presenta a continuación quiere contribuir a conocer todo el marco de significación que mujeres, acompañantes y profesionales otorgan al hecho de dar a luz naturalmente, que incluye maneras específicas de pensar el cuerpo, la persona y la maternidad.

Metodología

Los datos presentados fueron recabados y analizados a lo largo de un estudio de dos años y medio de duración (noviembre 2009 – junio 2012)⁴. Durante este periodo se llevó a cabo la correspondiente investigación etnográfica en el Centro de Salud Familiar Marenostrom⁵, desarrollada en dos etapas de trabajo de campo: la primera, de carácter prospectivo, desde noviembre del 2009 hasta febrero del

² La Organización Mundial de la Salud define el concepto de «parto normal» como aquel en que se da “Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones” (OMS 1996: 7).

³ En el estado español no existe ningún registro oficial sobre partos domiciliarios, razón por la cual sólo es posible aproximarse a las estadísticas mediante iniciativas particulares como la de EDUCER.

⁴ Aunque el artículo únicamente se enfoca en el centro de salud Marenostrom, el estudio de caso debe situarse en una investigación más amplia, de carácter doctoral, en donde la autora ha explorado otros estudios de caso, como el de la sala de partos de La Maternitat de Barcelona, con la intención de realizar un estudio comparativo. Se prevé que su tesis doctoral sea publicada en 2017.

⁵ Mi profundo agradecimiento al equipo de comadronas del Centro de Salud Familiar de Marenostrom y las parejas por su excelente trato, sabiendo sin ellas no sería posible este trabajo. Y también a mis colegas académicos y a Marta Reyes por sus amables sugerencias para mejorar el texto.

2010; la segunda, con un propósito descriptivo-interpretativo, desde febrero hasta finales de mayo del 2011. Tras el primer análisis de datos etnográficos, se percibió que la conceptualización del cuerpo, la persona y la maternidad resultaban tres elementos altamente operativos para la comprensión del fenómeno estudiado. Por este motivo, el segundo periodo de trabajo etnográfico estuvo orientado al examen e interpretación de estas tres nociones, aunque siempre desde una mirada holística.

La observación participante fue la principal técnica de recolección de datos y fue empleada básicamente en el transcurso de las sesiones de preparación al parto del centro. El criterio de inclusión primordial para la muestra fue que los sujetos estuvieran directamente vinculados al programa de preparación del parto natural de Marenostrom. Bajo el diseño de captar las interacciones entre los diversos actores del centro, se prestó atención tanto a madres y parejas como al equipo de profesionales –todas mujeres– que conducían las sesiones de parto. La suma de todos supuso una muestra conformada por 70 personas aproximadamente.

El posterior análisis cualitativo de la información etnográfica recabada ha sido triangulado con un examen teórico y documental de literatura antropológica, pero no sólo, relacionada básicamente con formas de conceptualizar la salud procreativa.

El centro de salud Marenostrom

El Centro de Salud Familiar Marenostrom está especializado en ofrecer atención al parto en casa. Ello es relevante porque la programación de un parto domiciliario suele estar basada en la intención de llevar a cabo un parto natural, y esto explica que las clases de parto que ofrece estén especialmente dirigidas a conseguir un parto de estas características. Por eso, las gestantes que escogen esta opción cuentan con la posibilidad de realizar los controles del embarazo en el propio centro.

Marenostrom cuenta con un programa específico de acompañamiento al embarazo, el parto, el postparto y la crianza cuyo pilar fundamental se asienta en el principio de que ninguno de estos procesos deben ser entendidos como una enfermedad, antes más bien como capítulos normales en la vida reproductiva de las mujeres. Esta idea es capital para comprender que en el centro prevalezca la idea de que la atención al parto de bajo riesgo que discurre con normalidad sea ámbito específico no tanto de médicos, sino de comadronas, por ser las profesionales especializadas en la atención fisiológica y emocional del parto. Es un precepto compartido tanto por las profesionales del centro como por las madres y las parejas que la comadrona es la profesional de referencia⁶. Desde sus lógicas, de hecho, la relación de confianza entre la comadrona y la gestante tiene un peso tan importante que es vista como un factor clave para el parto. La ausencia de una conexión personal cordial entre ambas partes en el proceso de dilatación o del propio parto es a veces contemplada como una razón posible por la cual puede fracasar un parto natural (especialmente cuando acontece en el hogar), entendiéndose por esto que

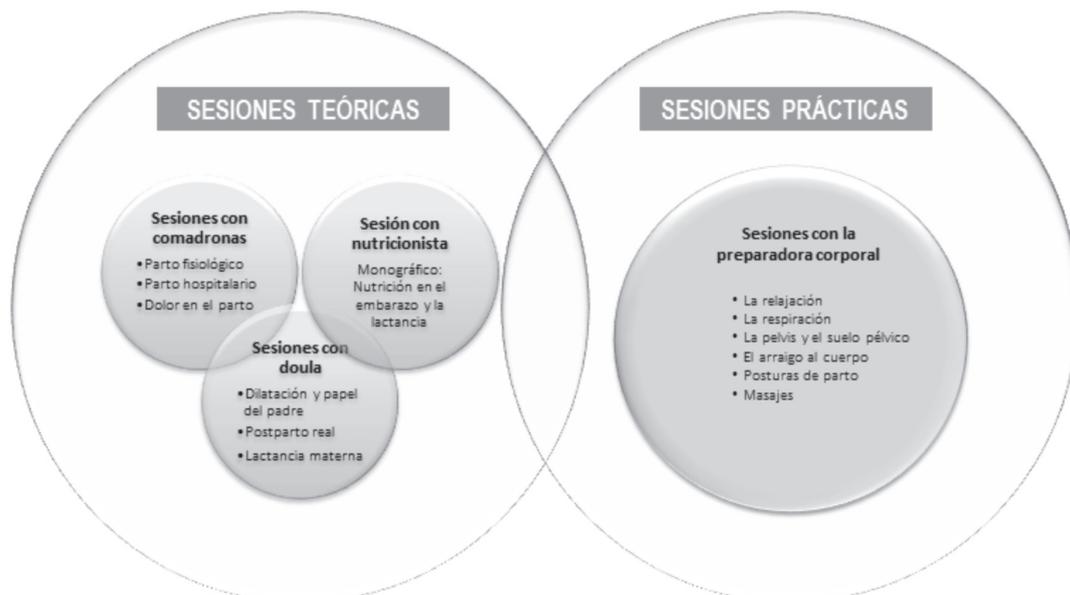
⁶ En este punto, la narrativa emic también concuerda con la de los protocolos y documentos oficiales de consenso, que también definen a la comadrona como la figura asistencial de referencia para la asistencia del parto normal (FAME 2007:8-9; Departament de Salut. Generalitat de Catalunya:2007:17; Confederación Internacional de Matronas 2011).

aparezca alguna complicación o contratiempo inesperado que propicie el final del parto natural.

Otro de los pilares fundamentales del programa es que según las profesionales está basado en la evidencia científica más actual sobre asistencia al embarazo, el parto y el postparto. Por ello, es frecuente que en los debates o las cuestiones específicas que se abordan en las clases de preparto, las profesionales aporten información de carácter científico, basada en estudios o guías de recomendaciones clínicas para justificar por qué desde el centro se apueste por cierto tipo de prácticas consideradas como menos intervencionistas. Interpretar la evolución de la dilatación según comportamientos de la mujer y no mediante tactos vaginales sistemáticos, dejar que la parturiente elija libremente la postura para dar a luz en vez de litotomía (postura horizontal recostada) o retrasar el corte del cordón umbilical hasta que haya dejado de latir en vez de inmediatamente después del nacimiento, son algunos ejemplos. La predilección de unas prácticas en contraposición a otras es siempre razonada a la luz de la evidencia científica.

Las mujeres que optan por el parto en casa –eran minoría dentro del grupo de parejas del curso de preparación al parto– suelen combinar los controles gestacionales de los CAP y los hospitales con los seguimientos que realiza el centro Marenostrom a nivel privado. La principal razón de esta simultaneidad es que de este modo se aseguran de que si en algún momento del parto cabe realizar un traslado al hospital, éste ya cuente con el historial de seguimiento médico del embarazo.

La preparación al parto está constituida por un programa propio de tres meses de duración, tiene un formato cíclico –una vez finalizado vuelve a comenzar– y abarca un total de trece sesiones: siete teóricas y seis prácticas. Por un lado, las siete sesiones teóricas se dividen entre tres tipos: las de las comadronas (3), las de la doula (3), y la sesión monográfica sobre nutrición durante el embarazo y la lactancia (1). Por el otro lado, las seis sesiones prácticas están todas dirigidas a la preparación corporal para la fase de dilatación y parto. Las sesiones de comadronas, de doula y de preparación corporal comprenden, a su vez, tres temas concretos específicos, de forma que cada clase está dirigida a tratar un tema concreto (ver Cuadro 1):



Cuadro 1. Estructura del programa de preparto (2011).

Elaboración propia.

El cuerpo embarazado o de cómo volverse “un poco diésel”

La preparación corporal ocupa prácticamente la mitad del programa de preparto. Si bien la dimensión corporal toma en este tipo de sesiones un protagonismo más directo, es también asidua su presencia en las clases teóricas. Y es principalmente este hecho el que hace oportuno un análisis del “cuerpo” proyectado en este contexto.

El objetivo primordial de la preparación corporal es tomar conciencia del cuerpo y de los cambios fisiológicos que éste experimenta durante la gestación. La idea es que al entender cómo funciona el cuerpo embarazado se puede aprender a utilizarlo de la mejor forma posible para facilitar el parto.

Los ejercicios corporales que se proponen en este tipo de sesiones son efectuados tanto por las mujeres embarazadas como por sus parejas (normalmente hombres). Buena parte de estas actividades están dirigidas a aprender a relajar el cuerpo, a tomar conciencia de la respiración y a percibir las reacciones del cuerpo cuando se le aplica, por ejemplo, un masaje. A pesar de las diferencias anatómicas entre mujeres y hombres, se entiende que ambos son capaces de captar sensaciones corporales básicas que son similares. Así, se pretende que los hombres adviertan estas reacciones en sus cuerpos para que puedan entender mejor cómo ayudar a sus parejas durante la dilatación y el parto.

Sensaciones corporales

Las clases suelen iniciarse con una breve charla entre los asistentes y las conductoras de las sesiones. En esta conversación múltiple es frecuente que las embarazadas manifiesten cuáles son las sensaciones que su cuerpo experimenta en el marco de la cotidianidad. Buena parte de ellas coinciden en sentirse cansadas y a menudo explican que necesitan más tiempo para realizar tareas que antes resolvían más rápido: “Es que te vuelves un poco diésel, ¿no? Yo antes era como muy...muy gasolina, pero ahora...¡uf!” (Anna, gestante primeriza, 36 años, 2011).

Estas experiencias muestran la imagen de un cuerpo femenino que con la llegada del embarazo ha visto alterado su ritmo habitual, tornándose más pausado. Con asiduidad, la preparadora corporal suele explicar que sus sensaciones tienen que ver con el hecho de que el organismo de la embarazada está sistemáticamente produciendo nuevas células. Así, el cuerpo gestante se presenta como una entidad física que se encuentra trabajando las veinticuatro horas del día y, por ello, evoca la imagen de un cuerpo fatigado.

Conocer el cuerpo activo

Las clases de preparación corporal quieren mostrar que el cuerpo humano, incluido el cuerpo gestante, no está estructurado para ser sedentario, antes más bien para ser dinámico. En base a ello, el cuerpo embarazo saludable es imaginado como aquel que, aunque sin cometer excesos físicos, debe estar en movimiento, y nunca en absoluto reposo. Además, es habitual que se aconseje a las embarazadas que aprovechen en la medida de lo posible la movilidad que les brinda el embarazo, puesto que la etapa del postparto se presenta como una fase necesariamente más sedentaria, porque el cuerpo debe recuperarse del esfuerzo que ha realizado para dar a luz y por la necesidad de cuidado intensivo del bebé. Obsérvese cómo en este punto se activa un juego de oposiciones entre conceptos

generales y saberes propios. Se fomenta el conocimiento del cuerpo a través de las ideas pero llevándolo al campo de la propia experiencia: se intenta que no sea un cuerpo inerte –medicalizado– el que da a luz, sino que la meta es que las distintas partes corporales (o, al menos, unas específicas) intervengan en el proceso. Se despierta la conciencia de la movilidad de dichas partes corporales y de que éstas tendrán un protagonismo clave en el parto, aunque señalándose que será el instinto el que intervenga en el momento clave. En este caso, se da la oposición entre *cuerpo inerte* y *cuerpo activo*, al tiempo que se evoca la idea de un *cuerpo partido* en el sentido de que puede ser dividido en partes, cada una de las cuales tiene características propias con funciones distintas.

En el transcurso de las clases prácticas la mirada hacia el cuerpo se focaliza en unas zonas específicas de la anatomía, básicamente, la pelvis y los huesos que la componen. La principal razón es que es allí donde se desarrolla el embarazo y porque en esta zona se encuentra el canal que el bebé recorrerá para salir del cuerpo de la madre, según las profesionales. Estos ejercicios quieren demostrar que los huesos que configuran la pelvis crean articulaciones en ciertos puntos de la misma en las que hay movilidad y no rigidez, de modo que los ejercicios enseñan técnicas corporales y posturas que ayudan a potenciar el movimiento de estas zonas para facilitar así el tránsito del bebé hacia el exterior. Explorar y conocer los detalles de cómo funcionan las partes corporales en el parto provoca en las gestantes del curso una mayor confianza en sí mismas ante la idea de si sabrán o no dar a luz a sus bebés. A lo largo de las sesiones estos nuevos conocimientos serán crecientemente incorporados y reproducidos en el discurso de las embarazadas. El saber sobre el corporal como núcleo de su empoderamiento.

Sexualidad y sustancias corporales

Los genitales femeninos son también un foco de especial atención. La mayor parte de las profesionales que trabajan en las clases de parto apuntan con asiduidad a que el embarazo y el parto deben ser entendidos como dos de los episodios más relevantes de la vida *sexual* de una mujer. Es importante tener en cuenta el aparato genital femenino en la medida en que sus partes están implicadas tanto en la gestación como en el alumbramiento. La embarazada es así pensada como una persona que está experimentando uno de los capítulos más importantes de su sexualidad. Durante el trabajo de campo fue posible recoger varias notas de un comentario que la preparadora corporal solía repetir en sus clases y que ilustra este modo de concebir a la gestante: “Laura comenta que si bien los genitales femeninos son internos, únicamente durante el embarazo se hacen exteriores, ya que el útero crece hacia fuera”. Añade: “Y es por eso que durante el embarazo os encontráis tan sensuales, tan mujeres” (Notas de campo. Laura, preparadora física, mayo del 2011).

Nótese como a partir de la idea de que la mujer embarazada se encuentra en una fase sexual muy importante se despliega una imagen de ella en la que el comportamiento sensual y erótico le es característico. Además, es habitual que sea imaginada por las profesionales como una persona que sigue teniendo apetencia por las relaciones sexuales durante la etapa de la gestación. Cuando en las sesiones se aborda la posibilidad de que el parto se retrase, suele sugerirse que la copulación es una posible vía natural de provocar el parto porque las prostaglandinas que contiene el semen y la segregación de oxitocina por parte de la embarazada, a veces, benefician el inicio de las contracciones. Bajo la perspectiva de las informantes, si el

embarazo empezó con un acto de amor (relaciones sexuales) es natural que también acabe con un acto de amor (relaciones sexuales). Es un ejemplo de la combinación entre explicaciones “científicas” e ideas de tipo folk: se recurre a la explicación biológica para otorgar un halo de verdad científica a lo propuesto, pero a la vez lo científico se reinterpreta desde ciertos mecanismos del amor romántico, en que las relaciones sexuales son entendidas como signo de afecto entre la pareja.

Las hormonas

Además de prestar atención a los cambios exteriores del cuerpo durante el embarazo, la forma en que se piensa lo que ocurre dentro del mismo influye mucho en cómo se lo conceptualiza a nivel global. La mirada hacia el interior del cuerpo embarazado, asimismo, sirve para explicar cuáles son las condiciones idóneas en las que debería transcurrir el parto natural. Especialmente en las clases dirigidas por las comadronas o la doula, suele hacerse referencia al papel que la oxitocina desempeña en el tiempo de la dilatación y en el alumbramiento. Esta hormona es presentada como la protagonista en el proceso del parto. Se menciona que es la sustancia que las personas segregan cuando, por ejemplo, experimentan placer o se encuentran en un estado de ánimo tranquilo o alegre. Siendo esto así, la idea que se transmite de profesionales a madres, y que después ellas reproducirán, es que el contexto en el que se desarrolla la dilatación y el parto debe favorecer que la gestante se sienta en calma para que no se interrumpa la segregación de oxitocina. Una amplia variedad de elementos pueden ayudar a que la embarazada consiga dicho estado de ánimo como el calor, la música relajante, los masajes, el silencio, los orgasmos, la luz tenue o la oscuridad. Por el contrario, el frío, la prisa, el ruido o la luz intensa provocan en la gestante la secreción de adrenalina, hormona que es mostrada como la antagonista del parto. Las dos sustancias son sistemáticamente presentadas como antagonistas (otra oposición): mientras la imagen que se transmite de la oxitocina es positiva porque beneficia el parto, la adrenalina es vista como un inconveniente y, por ello, se le atribuye una connotación negativa.

El dolor

El dolor es otro de los aspectos que aparece estrechamente vinculado a la vivencia corporal del parto. La mayor parte de las embarazadas lo señalan como uno de los factores a los que más temen: las mujeres —especialmente las primerizas— se sienten inseguras por tratarse de un dolor jamás experimentado anteriormente, y expresan su preocupación por no saber si van a ser capaces de soportarlo. Un buen número de mujeres coincide con las profesionales del centro en que el dolor físico es un tabú, y consideran que no han sido educadas para afrontarlo. Arguyen que en nuestra sociedad existen soluciones prácticamente inmediatas para combatirlo y que es una vivencia corporal con la que no se encuentran familiarizadas. En este sentido, las clases de preparto tienen, entre otras, la intención de dar herramientas a las embarazadas para que llegado el momento del parto consigan controlar el dolor. El discurso sobre esta cuestión por parte de las profesionales se orienta hacia la idea de que es un elemento necesario para el transcurso del parto natural, ya que la sensación de dolor anuncia que el cuerpo está segregando endorfinas, otra de las sustancias que se muestra como favorable en el proceso del parto porque, como la oxitocina, están presentes en aquellas situaciones en que el cuerpo experimenta el amor, la excitación o la sensación de bienestar. Por otro lado, el

dolor es expuesto como un aspecto soportable para la mayoría de mujeres, aunque para poder afrontarlo se requiera cierta preparación mental y voluntaria destinada a tomar conciencia de que el dolor físico no siempre está asociado al desconuelo o la amargura: “El dolor nos hace...nos hace grandes. No es negativo siempre. Que te duela mucho no significa que se sufra. El sufrimiento es otra cosa” (Rosa, doula y asesora de lactancia, 52 años, 2011). Es una idea transmitida por las profesionales que las madres van incluyendo en su propio discurso como convencimiento de que es un dolor que sabrán gestionar.

La temática del dolor físico también surge asociada a la práctica de la lactancia. Algunas mujeres se muestran preocupadas por si les dolerán los pechos o los pezones cuando amamanten a sus bebés. El mensaje principal que se transmite en las sesiones dedicadas al amamantamiento es que el dolor no tiene cabida en la práctica de la lactancia. En este marco, el dolor es indicativo de que existe algún problema, que en la mayoría de los casos tiene que ver con la postura de la madre, del bebé o de ambos. Por ese motivo, en estas clases se aprenden cuáles son las posiciones correctas para dar de mamar. La lactancia, por estos motivos, no es pensada como una experiencia dolorosa, antes más bien como una vivencia placentera para la mujer. Este postulado, no obstante, es defendido con mayor convicción entre las profesionales que entre las embarazadas.

Lactancia materna

Las informantes (profesionales y generalmente todas las madres) se muestran partidarias de la lactancia materna y suelen ser críticas con lo que denominan la “lactancia artificial”. En Marenostrom, la lactancia materna es vista como la mejor vía de alimentación para los hijos y se recomienda que se lleve a cabo como mínimo los seis primeros meses de vida, pese a que lo ideal sería que esta etapa durase dos años, o hasta que la criatura decida por sí misma destetarse. Se apunta a que la leche materna no sólo contiene nutrientes de una mayor calidad que las leches artificiales, sino también a que el cuerpo de cada mujer produce la leche idónea para el organismo de su bebé por el hecho de que éste se ha gestado en su interior. Es decir, la leche materna es la mejor alimentación para el bebé, pero más beneficiosa es aún cuando se trata de la leche de la propia madre biológica. Esto implica un fuerte efecto de regulación entre la madre y el bebé. La naturaleza como creadora de una simbiosis única entre ambos. La práctica del amamantamiento, por otro lado, es entendida en este contexto como beneficiosa en el proceso de la recuperación física de la madre durante el postparto porque ayuda a contraer el útero. Se comparte la creencia entre profesionales, madres y parejas que el pecho, además de ser alimento, es un elemento productor de vínculo afectivo entre la madre y la criatura.

Sus imaginarios ligados al postparto evocan la imagen de un cuerpo que, tras haberse abierto para el alumbramiento, tiene que realizar un proceso de cierre. Desde el punto de vista físico, el puerperio presenta un cuerpo que se encuentra delicado y al que cabe administrar una serie de cuidados especiales para fomentar su completa recuperación. La dicotomía entre *cuerpo abierto* y *cuerpo cerrado* está presente en la fase de gestación, el parto y el postparto de la siguiente manera: el período de embarazo es presentado mediante un *cuerpo cerrado*, mientras que el parto, en contraste, es visto como un episodio en el que el cuerpo está abierto (*cuerpo abierto*); el postparto, por su parte, es representado a través *cuerpo que se está cerrando*.

Las exploraciones médicas

Las pruebas médicas del embarazo también activan ideas sobre el cuerpo. Una consigna reiterativa por parte de las profesionales es hacer saber a las gestantes que tienen derecho, en todo momento, a pedir información sobre los controles médicos del embarazo, y sobre todo, a decidir si les parece oportuno o no realizarlos. Esta recomendación se extiende a los procedimientos propios que conllevan los partos en los hospitales, donde más se evoca la imagen del parto intervenido y/o medicalizado en las narrativas de las informantes. La idea es que aquellas mujeres que deciden dar a luz en el hospital tienen derecho a conocer cuáles son los procedimientos que el equipo médico va a aplicar a sus cuerpos. Desde esta perspectiva, el cuerpo embarazado que se encuentra en el escenario hospitalario es presentado como un *cuerpo inerte* que, en consecuencia, puede ser invadido por los equipos médicos. De ahí la insistencia de que en la medida en que sus cuerpos les pertenecen, son ellas quienes tienen la última palabra sobre cómo éstos deben ser tratados. En este sentido, se reclama el control sobre el propio cuerpo.

Sobre la persona: la «mujer primitiva» y la sabiduría innata del feto

Los imaginarios ligados al cuerpo ofrecen indicadores sobre cómo se concibe a las personas implicadas en el embarazo y el parto, es decir, la madre y el feto.

Los instintos

En las clases de parto teóricas, aunque de forma más evidente en las prácticas, es frecuente que las profesionales señalen que, a pesar de toda la información que brindan a las parejas, en el momento del parto lo idóneo es que las mujeres se guíen por sus propios “instintos”, entendidos éstos como un conjunto de comportamientos y acciones espontáneas que la mujer manifestará en el transcurso de la dilatación y el parto, cuando serán percibidos por las parturientas como mensajes del inconsciente relacionados con cómo y qué puede ayudarla a sobrellevar la intensidad de las contracciones. Son así los “instintos” los que guiarán a la mujer a querer o no estar dentro del agua para aliviar los dolores, a tener la voluntad de colocarse en un lugar concreto (normalmente un rincón) del espacio en el que se encuentre o a hallar *su* postura para el expulsivo (entendiéndose que cada mujer encontrará *su propia postura* para parir). En las sesiones se insiste a menudo en que durante el tiempo de dilatación, la idea no es que se rememoren los conocimientos que han asumido a lo largo de las sesiones, antes más bien que dejen de pensar porque la dilatación y el parto son mostrados como procesos en los que lo mental debe dejarse de lado en beneficio de lo instintivo. En el dossier informativo que el centro proporciona a las personas interesadas en cursar el programa de la preparación al parto, de hecho, se explicita literalmente que la visión antropológica que rige las sesiones es la de la “mujer primitiva”. Pero ¿a qué se quieren refieren con esta expresión?

La madre mamífera

En estas clases de parto es común que surja la idea de que nuestro contexto social y cultural está regido por la razón y que las personas que nos encontramos en

él hemos dejado de estar en contacto con la naturaleza. Se arguye que las mujeres deben dar “un paso atrás” y hallar en su fuero interno su papel como mamíferas; se reitera con frecuencia que el instinto es lo que gobernaba los partos de “las mujeres de las cavernas” o “las salvajes” de la India o de África. Es notorio que se haga alusión a estas áreas geográficas como lo representativo de lo “natural”, pero lo significativo es que aparentemente se valora lo instintivo más que lo científico. No obstante, se apoyan en ciertos paradigmas científicos. En el caso del dolor, por ejemplo, se intenta racionalizar antes y en cambio cuando éste surge se espera de los “instintos” que sean los que guíen la acción. Lo indudable es que la persona es entendida como la suma de una mente y un cuerpo, siendo la primera su faceta más cultural y el segundo su faceta más instintiva, así como su puente de unión con la naturaleza. Se advierten en este punto tres dicotomías: por un lado, la del *control de la mente / control de los instintos* (la parte más “natural”) y, por el otro, la oposición entre *cuerpo / mente* y entre *inconsciente / consciente*, siendo el instinto el que guía al cuerpo y no la mente, la razón o la teoría (la ciencia), pese a que en ocasiones se invierta el proceso como en el caso de la racionalización del dolor.

Las relaciones que se establecen entre las profesionales del centro y las embarazadas y sus parejas muestran también indicadores relacionados con la noción de persona. Se entiende que cierto grado de familiaridad con las personas que van a acompañar a la gestante durante el parto es relevante en la medida en que el alumbramiento y el nacimiento son momentos estrechamente vinculados a la vida privada. La importancia de la intimidad es clave precisamente por ser visto el parto como parte de su vida sexual: “¿Verdad que cuando hacéis el amor no os mira nadie? Cuando tenéis relaciones estáis solos, ¿no? Claro, pues esto es lo mismo... Vuestros genitales son vuestros y si vais a tener que enseñarlos, lo lógico es que haya confianza con los que os atienden” (Montse, comadrona, 35 años, 2011).

El seguimiento del embarazo y la asistencia al parto que se ofrece en Marenostrom transcende a la supervisión puramente médica. La intención del equipo es la de un acompañamiento que, además de atender la vertiente fisiológica, consiga que cada mujer potencie la confianza en sí misma. Se considera que el embarazo, el parto y la maternidad son episodios que cada mujer vive de una forma única y distinta y es precisamente en este punto donde la persona es pensada como una unidad diferenciada del resto de la humanidad y, por ello, donde surge la noción de individuo o sujeto. La individualización de los cuidados hace necesaria una relación de proximidad entre el personal del centro y las familias. Y de hecho, en las clases de preparación al parto es posible constatar que las profesionales de Marenostrom conocen mejor los casos personales de quienes realizan el seguimiento del embarazo en este centro de salud que los de aquellas embarazadas cuyos controles se efectúan fuera de él.

En el artículo de Davis-Floyd titulado *The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth* (2001) la autora presenta tres modelos diferentes de abordar el nacimiento occidental. Cada uno de los paradigmas se cimienta en una manera diferente de concebir a la persona y al cuerpo, así como de comprender cuál es la relación que se establece entre los practicantes y los pacientes. La suma de cuestiones que se han ido exponiendo anteriormente hace posible indicar que la visión que posee Marenostrom sobre la salud podría situarse dentro del modelo Humanístico que propone Davis-Floyd. La división de la persona entre cuerpo y mente (aunque se sobrevalora el cuerpo por encima de la razón), la manera de entender el cuerpo como un organismo, el paciente tomado como un sujeto a quien es necesario conocer, la individualización de los cuidados y la relación de proximidad

entre el equipo de profesionales y los usuarios son los principales aspectos que guardan conexión con este paradigma.

El bebé instintivo

En las clases de parto, por otro lado, también al feto se le atribuyen ideas relacionadas con la noción de persona. Es habitual que las profesionales del equipo insistan en que las gestantes deben tener confianza en que sus bebés saben lo que tienen que hacer para nacer. Desde esta óptica, se atribuye al bebé una capacidad innata de conocer los procedimientos que debe seguir para salir del cuerpo de la madre. Esta capacidad innata, no obstante, lejos de ser consciente, se presenta también bajo el paraguas de lo instintivo. Por otra parte, surge la idea de que son dos las personas que directamente intervienen en el proceso de dar a luz, dos *cuerpos activos*. Por el hecho de que el feto es presentado como alguien distinto de la madre dotado, además, de unos instintos propios que los padres deben aprender a identificar y conocer, sería posible afirmar que la noción de persona que se le atribuye es muy cercana a la que Imaz (2010) incluye en su manera de pensar el cuerpo embarazado como un “cuerpo escindido” en el que el feto adquiere el estatus de individuo.

En definitiva, la forma de pensar a las dos personas implicadas físicamente en la gestación, es decir, la embarazada y el feto, está estrechamente vinculada a la noción de individualidad, una idea interesante porque encuentra conexiones con la tesis de Mauss (1979) relativa a que la noción de “persona” es creada a partir de la noción de “uno”, que fue seguida y reforzada por Le Breton (2002, 2006) décadas después, cuando afirma que la percepción moderna del cuerpo en occidente es fruto del carácter individualista en el que se fundamenta su estructura social. También es claramente identificable la huella del dualismo antropológico cartesiano a través del binomio entre cuerpo (*res extensa*) y mente (*res cogitans*).

La maternidad como empoderamiento

La noción de persona que se atribuye a la gestante también muestra indicadores de cómo es pensada la maternidad en el ámbito de las clases de parto en Marenostrom. Cuando la mujer encinta está experimentando por primera vez el embarazo se la considera una persona en tránsito, alguien que se está transformando en algo nuevo que no era antes. Las clases de preparación al parto son, en este sentido, un tránsito, una fase liminal. Es posible entonces establecer que el embarazo y el parto son concebidos como un ritual de paso, tal y como proponía Van Gennep (1986), ya que la mujer va a cambiar de estatus al convertirse en madre. Por otro lado, si aceptamos que la preparación al parto es un proceso de aprendizaje, es posible establecer que las mujeres no nacen siendo madres, antes más bien es algo en lo que se transforman (o no) a lo largo de sus vidas, momento en el que se activarán los instintos anteriormente mencionados.

En estas clases de preparación al parto es frecuente que emerja la idea de que el instinto es un elemento que toma especial importancia entre mujeres. De esta forma, la gestante adquiere la capacidad de dar a luz de su madre, sus abuelas, sus bisabuelas, sus ancestras. Siendo esto así, la etapa del embarazo es pensada como un momento en que el contacto y la proximidad con la propia madre suponen una fuente de apoyo fundamental para las gestantes. De hecho, en la mayor parte de

los casos, las mujeres encinta que asistían a las sesiones manifestaban sentir una cercanía y una conexión con sus madres nunca experimentada anteriormente, incluso en los casos en los que éstas se encontraban físicamente lejos. Asimismo, solía ser común que las informantes señalaran que las mujeres debían recuperar la manera en que sus abuelas se planteaban el parto, argumentando que la mayoría de éstas dieron a luz en sus casas de forma natural, mientras que lo más probable es que sus madres las hubieran parido a ellas en el hospital mediante un parto medicalizado. Todo ello es muestra de los paradigmas dominantes en distintas épocas y diferentes generaciones de mujeres.

Desde la perspectiva de las informantes, la capacidad de gestar y dar a luz es entendida como una experiencia única que sólo las mujeres son capaces de experimentar. La maternidad y sus implicaciones biológicas son percibidas como positivas en este contexto y por esa razón suponen una oportunidad para su desarrollo personal. Estas premisas son cercanas a las que fundamentaron la teoría feminista de la maternidad propuesta por Adrienne Rich (1986) quien, mostrándose en absoluto desacuerdo con la dimensión institucional de la maternidad, era por el contrario partidaria de concebir la vivencia de ser madre como un privilegio y una fuente de poder y conocimiento femenino que, además, se transmite entre mujeres, motivo por el cual también promulgaba la recuperación de los vínculos entre madres e hijas. Porque aunque se priorice lo instintivo y lo mamífero, también se concibe que ciertas nociones relativas a los cuidados de los hijos deben ser aprendidas.

Muchos indicadores sobre cómo es pensada la maternidad suelen florecer de manera especial durante las sesiones dedicadas a la lactancia puesto que, a diferencia del resto de temas del programa que se concentran en el embarazo y momento del parto, el amamantamiento surge una vez éste ha pasado y la mujer ya se ha convertido en madre. Recuérdese que en el apartado dedicado a la noción de cuerpo se recogía la creencia de que la leche materna es el mejor alimento que se puede proporcionar al bebé. Se señalaba que, además, la leche producida por la madre que ha gestado al hijo es más beneficiosa para él que ninguna otra, porque gracias a la unión física que los ha unido ésta se produce nutricionalmente a medida de las necesidades del bebé. De tal suma de beneficios se extrae la idea de que el papel de la madre es fundamental para la supervivencia del recién nacido y es su mejor opción para alimentarse. Por otro lado, ello significa que la madre es quien puede administrarle los mejores cuidados en el ámbito de la nutrición y, en este sentido, la madre biológica adquiere un papel único.

La lactancia, además, es percibida como una continuación de la relación física que durante la gestación ha unido a la madre y al hijo que se piensa como favorable para ambos. Lejos de concebirse como un sacrificio, las informantes refieren a esta práctica como una vivencia satisfactoria y placentera para la mujer. Aunque es común que las gestantes planteen en estas sesiones sus dudas sobre el amamantamiento, la mayoría no ponían en duda que la lactancia es la mejor opción para nutrir a sus bebés.

La imagen que se evoca en las sesiones de preparación al parto natural sobre lo que es la maternidad, en resumen, cristaliza en una representación de la madre como una persona básica para el bebé porque puede proporcionarle la mejor vía de nutrición y porque está preparada biológica e instintivamente para ello. La madre, además, se presenta como una mujer que piensa el embarazo, el parto y la lactancia como una vivencia única que, lejos de suponer un obstáculo en su desarrollo personal, lo enriquece y lo potencia.

Nótese que todo lo expuesto hasta aquí guarda relación: el embarazo, entendido en su vertiente más fisiológica, entra en conexión con la idea de conocer y controlar el cuerpo, lo que al tiempo permite conseguir un parto natural sin intervenciones externas. Por otra parte, la lactancia materna está estrechamente vinculada al cuerpo femenino e implica, además, un control del mismo. Y en todo ello interviene el sentido de lo biológico que, por extensión, se relaciona con lo natural.

Pensamientos finales

En este estudio etnográfico el nacimiento es pensado como un acontecimiento especialmente significativo de la vida humana, cuyo desarrollo puede definir futuros aspectos psicológicos, emocionales e identitarios de las personas. El nacimiento es así tomado como un proyecto vital para los progenitores en la manera en que Archer (s.a) lo describe: un proceso en el que los detalles son meditados y planificados a conciencia, desde una postura activa, empoderada, en la toma de decisiones. La reivindicación del respeto por el cuerpo femenino en el parto y por el sustancial momento que vive el bebé cuando llega al mundo se edifica sobre un sentimiento de insatisfacción respecto a algunas formas de atención y cuidado. Douglas (1988) veía los límites del cuerpo como metáforas de los sistemas sociales y se sirvió de este enfoque para detectar y examinar pautas culturales específicas. Desde este punto de vista, la reclamación del control y del cuerpo durante el proceso del dar a luz puede verse como un establecimiento de fronteras corporales por parte de las madres como respuesta a lo que es percibido por ellas como un excesivo intervencionismo en los circuitos de asistencia al parto. La medicalización generalizada del parto en la sanidad se muestra como una pauta cultural que, al crear desazón en las madres y sus parejas, ha activado el surgimiento de otra, que actúa como respuesta-reacción y que se materializa en el requerimiento de humanizar los nacimientos y, por extensión, los cuidados aplicados a la parturienta y el recién nacido. Es en este sentido que en el cuerpo cristalizan las interacciones sociales (Csordas, 1994, citado en Esteban 2004). En este caso, el cuerpo es, en tanto que receptor de dichos cuidados, el espacio en el que se visibiliza la colisión entre el *modus operandi* de algunos expertos y el modo en que las personas que se ponen en sus manos desean ser atendidas. El hecho de que las parejas usuarias del centro realicen una preparación al parto allí, fuera de la institución sanitaria, es en sí sintomático porque muestra su necesidad de hallar algo que no encuentran en el sistema de sanidad ordinario. Parece como si el sistema de salud no supiera dar respuesta a algunas de las necesidades de estas madres y padres, lo que acabaría provocando en ellos la exploración de otras redes de ayuda y de apoyo más allá de la propia institución. En contraste, entre los informantes (profesionales y parejas) del centro Marenostrum, el parto en casa es visto como una alternativa segura en la que la artesanía del cuidado es posible.

A pesar de que algunas investigaciones académicas han interpretado las reivindicaciones y acciones de este grupo minoritario de mujeres y sus parejas en oposición a la biomedicina, a partir del estudio de caso presentado resulta difícil apoyar esta hipótesis así formulada. Los itinerarios terapéuticos (Casado, 2015: 179 – 194) de las mujeres usuarias del centro Marenostrum no muestran una ruptura categórica con la biomedicina, sino más bien acercamientos y alejamientos puntuales al sistema de salud que deben ser comprendidos en relación

a la institución, pero no a la asistencia médica. Sin excepciones, todas realizan controles del embarazo establecidos por el sistema de salud. Las mujeres que dan a luz en sus casas se alejan de la institución sanitaria durante el parto, pero planifican ser atendidas por comadronas oficialmente tituladas⁷, luego no declinan tener asistencia médica. Lo mismo ocurre en el resto de casos de gestante del centro (mayoría), que escogen un parto natural pero hospitalario. Por otra parte, el discurso de las profesionales, integrado y reproducido después por las parejas, está repleto de alusiones a la biología, al lenguaje médico y a la evidencia científica, elementos todos propios de la biomedicina. Es por ello que desde el estudio de caso no se detecta tanto un rechazo frontal de la biomedicina como un reclamo para su mejora (en el trato, el acompañamiento, espacio para la autogestión, etc.) y un ajuste en sus intervenciones clínicas durante el parto. Porque pese a lo que pueda parecer, la influencia de la tradición biomédica en nuestra cultura sigue teniendo la sombra alargada.

Bibliografía

ARCHER, S. (s.a) “The Choice of ‘Natural’: Childbirth as a Project”, http://soa.illinoisstate.edu/downloads/anthro_theses/archer_sarah.pdf, consultado el 20 de septiembre del 2015.

BLÁZQUEZ, I. (2005) “Aproximación a la antropología de la reproducción”. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 42, pp. 1-25.

CatSalut (2014) “Memòria del CatSalut 2014”, http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/memories_activitat/memories_catsalut/2014/memoria_catsalut_2014.pdf, consultado el 25 de septiembre del 2015.

DAVIS-FLOYD, R. (2001) “The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth”, *International Journal Gynaecology Obstetrical*, 75, pp. 5-23.

DOUGLAS, M. ([1970] 1988) *Los símbolos naturales*. Madrid, Alianza Editorial.

DUTRA, IL., MEYER, DE. (2007) “Parto natural, normal e humanizado: termos polissêmicos”. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28 (2), pp. 215-222.

ESTEBAN, ML. (2004) *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*, Barcelona, Bellaterra.

FONS, V., PIELLA, A., VALDÉS, M. *Procreación, crianza y género. Aproximaciones antropológicas a la parentalidad*. Barcelona, PPU-Promociones y Publicaciones Universitarias.

IMAZ, E. (2010) *Convestirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*. Madrid, Cátedra, colección Feminismos.

IMSERSO (2011) *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Madrid, IMSERSO Publicaciones.

⁷ Son comadronas formadas dentro de la biomedicina. Otra cuestión es si se han en una tradición obstétrica diferente a la española, cosa que en este caso es así porque la mayor parte de comadronas del centro estudiaron en Inglaterra.

- LE BRETON, D. (2002) *Sociología del cuerpo*, Buenos Aires: Nueva Visión.
- _____ (2006) *Antropología del cuerpo y modernidad*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- MAUSS, M. (1979) *Sociología y antropología*, Madrid, Editorial Tecnos.
- OMS (1996) “Cuidados en el parto normal: una guía pràctica”, http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf, consultado el 18 de septiembre de 2015.
- RICH, A. (1996) *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*, Madrid, Cátedra.
- VAN GENNEP, A. (1986) *Los ritos de paso*, Madrid, Taurus Ediciones.

© Copyright Sarah Lázare Boix, 2016
© Copyright *Quaderns-e de l'ICA*, 2016

Ficha bibliográfica:

LÁZARE BOIX, Sarah (2016), “Conceptualización del cuerpo, la persona y la maternidad en el parto natural. El caso del centro de salud Marenostrum de Barcelona”, *Quaderns-E de l'Institut Català d'Antropologia*, 21(1), Barcelona: ICA, pp 18-32. [ISSN 169-8298].

