



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Construcción de significados en torno a la elección del parto humanizado vs parto medicalizado: Narrativas de parejas heterosexuales"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Itzel López Del Valle
Jesús Monroy Montoya

Directora: Dra. Patricia Trujano Ruiz

Dictaminadores: Dr. Gilberto Limón Arce

Dr. María Alejandra Salguero Velázquez





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

“Todo en esta vida tiene un sentido, a veces no lo percibimos, a veces no lo descubrimos, de vez en cuando llegamos a ser conscientes de esto y trascendemos, es entonces cuando la verdadera magia empieza...” Anónimo

Y es así como toda esta labor aquí reflejada cobra sentido gracias a ustedes, me siento tremendamente agradecida hacia todo y todos los que me permitieron llegar aquí, aunque mi alma y energía fueron completamente entregados en cada palabra, párrafo y argumento hacia quienes me inspiraron, fortalecieron y acompañaron incluso antes del surgimiento de este proyecto, no necesito nombrarlos, todo lo que he tenido que decirles ya lo he hecho desde lo más profundo de mi corazón, ésta es sólo la consumación de un paso más de evolución, vendrán muchos otros y nos hemos de encontrar y acompañar de nuevo con amor. Por mí, por ustedes y la vida misma que nos sigue permitiendo estar juntos, los amo seres de luz.

Gracias, gracias, gracias...

Itzel

Principalmente a ustedes, quienes me han apoyado y enseñado a seguir alcanzando mis objetivos, para estar más preparado y afrontar de una mejor manera el camino en el que todos hemos de estar. Fue una travesía ardua en un principio, sin embargo, poco a poco supieron darme la fuerza necesaria, principalmente en este proyecto, que con esa energía que los caracteriza, pudieron hacer posible la integración de todos los elementos necesarios para que esta investigación fuera posible. Sin duda alguna son parte de esta inspiración...de esta creación...de esta conjunción.

Ahora y siempregracias...

Jesús

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, por su total entrega, amor y confianza hacia mí y todo lo que emprendo, sigo creciendo y llevo muy profundo tu ejemplo y enseñanzas; a mi papá, por el apoyo y las lecciones aprendidas. A mis abuelos, tíos y primos que directa o indirectamente me hicieron sentir su cariño y presencia.

A mi hermana Georgina, que se ha convertido en mi mejor amiga y a mi mejor amiga Juliana, que se ha convertido en mi hermana. Ambas han estado todo el tiempo a mi lado y comprenden totalmente mi proceso durante este trabajo, gracias por su escucha y todo lo que he aprendido de ustedes, lo atesoro demasiado.

A Jesús, mi compañero de Tesis y de vida, por todas las experiencias vividas, el aprendizaje y los triunfos, aprendimos nuevas formas de compartir, me alegro de haber vivido esto contigo, estoy muy orgullosa de lo que hemos construido con amor.

A mi amiga, guía y casi hermana mayor Valeria, por ser mi ejemplo desde los primeros años de mi carrera, por enseñarme tanto de la labor profesional como Psicóloga y un poco o mucho más de lo verdaderamente esencial en la vida.

A mis grandes amigos, cómplices y confidentes que estuvieron compartiendo conmigo cada paso en mi carrera, Guadalupe, Jessica, Laura, Irvin y Alejandro, no tienen una idea de cuánto aprendí de ustedes como profesional y persona, disfruto tanto el seguir compartiendo con ustedes ahora que emprendemos nuevos caminos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, orgullosamente mi segunda casa, por brindarme los elementos necesarios para mi formación y permitirme aprender de los grandes profesores que alberga. Especialmente gracias a mi querida asesora la Dra. Patricia Trujano, quien con todo su profesionalismo entregó más que tiempo y energía a este proyecto, nos guió con

pasión y dedicación hasta lograr un trabajo digno de nuestra amada institución, gracias por creer en nosotros.

Itzel

A mi mamá, por apoyarme en cada día de mi aprendizaje, impulsándome a conseguir cosas nuevas y sirviendo de ejemplo en la superación académica.

A mi papá, quien me ha inculcado motivos para superar adversidades y a prever muchas cosas.

A mi familia en general por los consejos, el apoyo y las palabras de aliento cuando más las necesitaba.

A Itzel, quien ha sido mi compañera de carrera, de Tesis, de proyectos y de vida, me llena de satisfacción poder alcanzar un logro más a tu lado.

A mis amigos Ricardo Abraham y Ricardo Jesús por el apoyo y compañerismo, no solo profesional sino también personalmente.

A Michel y Oded, que aunque estén un poco lejos, siempre me han acompañado desde que inició este viaje, además sé que esta Tesis nos ha de apoyar el día que nos volvamos a ver.

A la Dra. Patricia Trujano por habernos apoyado a realizar este proyecto y a descubrir junto con ella, un nuevo tema que trascenderá en otros logros.

A Iztacala por ser parte de mi formación profesional y personal. A la U.N.A.M. por ser parte de mi vida.

Jesús

Finalmente gracias a nuestros participantes por compartir con nosotros sus experiencias y abrirnos sus corazones, conocemos bien el valor de sus palabras.

Índice

Resumen	05
Introducción	06
Capítulo I. La construcción social de los significados	10
Capítulo II. Historia de la atención del parto	18
Capítulo III. Atención del parto en el siglo XXI	33
Capítulo IV. Roles de madre y padre	41
Capítulo V. Descripción y vivencias del parto medicalizado	47
Capítulo VI. Descripción y vivencias del parto humanizado	58
Capítulo VII. Construcciones sociales en torno a la decisión del parto humanizado vs el parto medicalizado	69
○ Método.	
a. Planteamiento del problema.	
b. Pregunta de investigación.	
c. Objetivos.	
d. Tipo de investigación.	
e. Consideraciones éticas.	
f. Participantes.	
g. Instrumento.	
h. Materiales.	
i. Procedimiento.	
Capítulo VIII. Análisis de las narrativas	77
Capítulo IX. Discusión y conclusiones	128
Referencias	135
Anexos	144

RESUMEN

La preferencia en torno al parto ha sido un tema muy documentado en los últimos años por parte del personal médico aunque no solo es un proceso de esta índole, sino también un tema psicológico, pues se considera que con base a las prácticas culturales y los sistemas de creencias que se desarrollan en el mundo y especialmente en México, las parejas adoptan una postura distinta respecto a la manera en que construyen su realidad y así toman una decisión. Es por esto que el propósito de esta investigación fue identificar mediante las narrativas, los significados predominantes en la elección del tipo de parto medicalizado o humanizado, así como conocer la interpretación de sus decisiones a través de las experiencias vividas. Se trabajó desde un enfoque socioconstruccionista, con una entrevista semi-estructurada, en donde los participantes fueron dos parejas heterosexuales de entre 36 y 39 años de edad, una de ellas eligió parto humanizado y la otra medicalizado. En ambas parejas se encontraron similitudes como la preferencia hacia una institución privada y que les era satisfactorio recurrir a una persona experta; sin embargo, algunas de las diferencias que se encontraron fueron la amplia búsqueda de información y el cuestionamiento constante hacia los profesionales por parte de la pareja de parto humanizado, observándose modificación en sus significados y vivencias a raíz de esto, mientras que la pareja de parto medicalizado confió su proceso a los profesionales, basando sus decisiones totalmente en su perspectiva de que los médicos eran los expertos, quienes estaban mejor capacitados para atenderles.

Palabras clave: parto humanizado, parto medicalizado, socioconstruccionismo.

INTRODUCCIÓN

“Nuestra forma de pensar en el parto es un reflejo de nuestra filosofía de vida, es por esto que una de las cosas que más lamento de nuestra cultura, es el mensaje continuo de que las mujeres no pueden tener una buena experiencia dando a luz a sus hijos, sin someterse al control y las intervenciones de la comunidad médica”.

Marcie K. Richardsdon, obstetra de Harvard Medical School.

El parto es uno de los procesos biológicos que mayores variaciones y matices ha tenido en cuanto a su atención a lo largo de la historia en todo el mundo, esto debido a la íntima relación que existe entre el momento político, los valores sociales y la cultura, con los significados que se han construido de manera global alrededor del parto, los procesos de salud-enfermedad y el tipo de atención médica o profesional que se ha considerado más adecuada, variando considerablemente los métodos y las opciones que aún en la actualidad siguen existiendo.

En la mayoría de las primeras culturas, el alumbramiento solía ser visto como un proceso natural que se llevaba a cabo únicamente entre círculos de mujeres, en donde se realizaban rituales y seguían procedimientos que mantenían una conexión vital con los poderes y ciclos de la naturaleza, los cuales eran valores prioritarios dentro de sus comunidades. Sin embargo, las sociedades se transformaron paulatinamente y evidentemente este tipo de prácticas fueron modificadas bajo las perspectivas de las nuevas generaciones, surgiendo entonces nuevos paradigmas, que con el paso del tiempo resultaron en los avances científicos y tecnológicos que existen hoy en día, logrando un amplio campo de conocimiento especializado en esta área.

De esta forma, pareciera ser que en nuestros días se cuenta con todos los medios necesarios para brindar a las parturientas y sus familias, una atención adecuada en cuanto a respeto y calidad durante su parto. No obstante, las evidencias demuestran que esto no siempre ocurre ya que en las últimas

décadas, a nivel mundial, se ha reportado un exceso en el uso de procedimientos médicos altamente intrusivos que pueden llegar a más perjudiciales que benéficos si sólo se utilizan por rutina y no por necesidad, encontrándose entre los primeros lugares la programación de cesáreas y la realización de la episiotomía. Esto sin contar con que además, también se han reportado casos de violencia obstétrica en distintos países, conociéndose experiencias en las que no se atienden los deseos de las mujeres, ni se escuchan sus necesidades, obligándolas a seguir sin cuestionamiento las ordenes de los profesionales.

En respuesta a lo anterior, comenzó a surgir la preocupación por ofrecer un parto respetado, libre de violencia, en el que se atendieran principalmente las necesidades de la parturienta y se ofrecieran otras opciones a las ya acostumbradas soluciones médicas, de las cuales no se cuestionó su efectividad, pero sí su uso indiscriminado. A esta nueva concepción se le llamó “parto humanizado”. En contra parte, al “parto medicalizado”, que se caracterizaba por el abuso de dichos procedimientos y la percepción del médico como el único experto capaz de opinar en lo concerniente a la salud y evolución de la mujer durante el alumbramiento.

A la vez, comenzó a considerarse también con mayor fuerza los factores emocionales, sociales y psicológicos del parto, los cuales habían sido componentes ya estudiados, pero aún poco valorados en la práctica cotidiana, a pesar de ya haber sido explorados con anterioridad métodos alternativos como la psicoprofilaxis. Por ello que resultó vital el cuestionamiento de los viejos patrones de intervención y el abrir nuevos espacios de discusión que permitieran analizar a profundidad las bases y valores bajo los cuales se seguían rigiendo los sistemas de salud nacionales.

Como se ha podido advertir, es importante entonces el explorar no sólo los significados que socialmente se han construido alrededor del alumbramiento, sino también los que se han desarrollado en torno a la maternidad, paternidad e incluso la salud y sus medios de atención, ya que esto define en gran parte, cómo cada persona afronta la misma situación a partir de la realidad que construye,

impactando directamente en sus decisiones y formas de actuar durante el proceso.

Específicamente en México, la existencia de distintas comunidades indígenas, así como la expansión de las grandes ciudades, ha provocado que dichos significados aún en la actualidad lleguen a ser muy diversos, variando incluso por el nivel socioeconómico o el lugar de residencia; por lo que la presente investigación tuvo por objetivo el explorar, a través de las narrativas de dos parejas heterosexuales, los significados que rodearon su elección del tipo de parto, humanizado vs medicalizado, así como conocer la forma en la que interpretaron sus decisiones a través de las experiencias vividas antes, durante y después del evento.

De esta forma, en el primer capítulo se abordaron los postulados del construccionismo social, fundamentos teóricos bajo los cuales se llevó a cabo el análisis de esta investigación, así como la forma en la que estos principios se relacionaban con el tema por explorar.

Posteriormente, en el segundo capítulo se presentó una exploración a lo largo de la historia, sobre las distintas prácticas alrededor del mundo y en diferentes culturas, realizando un recapitulado en México y otros países. Mientras que en el tercer capítulo se realizó una indagatoria sobre los últimos datos registrados en cuanto a atención del parto en el siglo XXI, indagando sobre los métodos y opciones más comunes hasta la actualidad.

En el cuarto capítulo se abordaron las creencias predominantes alrededor de la maternidad y paternidad, así como sus formas de participación como hombres y mujeres activos en nuestra sociedad.

En seguida, en el quinto capítulo, se desarrolló a detalle la descripción del parto medicalizado, así como sus ventajas y desventajas, y el tipo de experiencias resultantes que hasta ahora se han documentado; siguiendo el mismo orden de ideas para el capítulo sexto pero enfocado en el parto humanizado.

En el que séptimo capítulo se abordó la metodología y planeación que se llevó a cabo durante la investigación, y posteriormente, en el capítulo octavo se desarrolló la presentación de resultados y el análisis de las narrativas. Finalmente en el capítulo nueve se llevó a cabo la discusión y conclusiones.

De esta manera, en la presente investigación se encontró que la forma en la que las personas construyen sus significados alrededor del parto, impacta directamente en sus decisiones y formas de percibir sus experiencias, observando que a mayor nivel de información y sentido crítico, mayor apertura se tiene para considerar nuevas opciones de atención, lo que evidencia la importancia de ampliar la búsqueda de opciones para contar con distintas herramientas que ayuden a romper con creencias estigmatizadas.

De lo anterior es que se considera entonces, que la presente investigación aporta al campo de conocimiento una perspectiva más amplia de lo que hasta ahora se ha estudiado y considerado en el área de la salud para la atención de un proceso natural que se ha patologizado y medicalizado con el paso del tiempo, contribuyendo en este sentido al cuestionamiento de los métodos tradicionales y brindando nuevas opciones para lograr partos más respetados y gratificantes en nuestra sociedad.

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LOS SIGNIFICADOS

Desde las civilizaciones primitivas, el hombre se ha interesado por encontrar una explicación a aquellos sucesos que ocurren a su alrededor. Inicialmente comenzó por los fenómenos biológicos o naturales, aunque paulatinamente también llegó a cuestionarse sobre la vida anímica y racional del ser humano. Grandes pensadores como Sócrates, Platón y Aristóteles fueron los pioneros en el estudio de la psique, dándose a la tarea de indagar sobre diversos temas como la adquisición del conocimiento, el alma, las emociones y la percepción, aunque ya desde entonces se podían notar grandes diferencias entre la forma de observar el mundo entre uno u otro personaje.

Varios siglos después, podría pensarse que la Psicología ya ha encontrado un método único e infalible para comprender los procesos psicológicos y la conducta humana, sin embargo, desde su consolidación como ciencia en el siglo XIX, no han cesado de surgir distintas perspectivas, que con el paso del tiempo se han perfeccionado o han abierto paso a otras nuevas, mostrando lo basto y complejo que puede llegar a ser su principal objeto de estudio.

Cada enfoque, desde su marco de referencia, se ha dedicado a la generación de nuevos conocimientos a partir de ciertos estándares de objetividad y cientificidad, esforzándose por encontrar aquellas evidencias que reflejen con mayor exactitud y veracidad nuestra realidad, aunque en cada paso, siguen coexistiendo dentro de la Psicología distintas versiones de lo que es adecuado, verdadero o funcional, situación que ha generado diversos debates entre los profesionales.

Steve Hoffman, por ejemplo, menciona que desde hace ya más de 30 años, lo que la Psicología ha privilegiado es una mayor "objetividad", convirtiéndose en una ciencia dura y exacta, separándose de aquellas orientaciones filosóficas que la han emblanecido (citado en Crespo, 2003). Sin embargo, a la par, también han existido diversos científicos a favor de las ciencias sociales, quienes se han apoyado en sus conceptos para cuestionarse sobre

aquello que catalogamos como verdadero u objetivo, llegando a la conclusión, de que esto no es más que una afirmación entre muchas, de lo que se observa como realidad, la cual es relativa y se consensa de manera social.

De esta forma fue como surgieron las ideas postmodernistas del siglo XX, dentro de las cuales se dejó de lado la búsqueda de verdades universales, para dar paso al entendimiento de cómo es que el lenguaje, la historia y otros factores sociales, intervienen en lo que se establece como real o cierto; esto no significa que el postmodernismo rechace la tecnología, la ciencia u otras teorías, sino que abre el abanico de posibilidades para entender bajo qué circunstancias se han formado y han probado ser útiles cada una de ellas, reconociendo las múltiples maneras de abordar y explicar los fenómenos o acontecimientos (Limón, 2005).

Como parte del movimiento postmodernista, en medio de los debates que surgieron dentro de la filosofía y la sociología a mediados del siglo XX, comenzó a perfilarse un nuevo enfoque dentro de la Psicología al cual llamaron Construccinismo Social o Socioconstruccinismo, del cual se considera su principal exponente a Kenneth Gergen, por ser uno de los precursores en formar sus bases y expandirlo a diversas áreas.

Dentro sus orígenes, Perdomo (2002) argumenta que diversos autores, en un terreno multidisciplinario, inspiraron a Gergen para dar origen al construccionismo, como lo fueron Austin y Searle con sus estudios del lenguaje, Heidegger y Husserl en la interpretación de la realidad; y Berger y Luckman, así como Giddens con sus estudios en sociología; aunque sin duda, también el constructivismo formó parte de sus principales influencias, que si bien tienen puntos en común, su principal diferencia radica en la forma en la que abordan la construcción de la realidad, en la que según el constructivismo se lleva a cabo conforme el individuo se enfrenta a su entorno, mientras que el construccionismo sostiene que se construye por medio del intercambio y las relaciones sociales.

Debido a esto, es que Ibáñez (2003) menciona que una de las mayores atribuciones del construccionismo, fue el crear un vínculo interdisciplinario entre la

antropología, la filosofía y la lingüística, brindando de un vasto conjunto de herramientas a la Psicología para acercarse mejor al entendimiento del comportamiento.

Tal como ya se mencionó, el socioconstruccionismo, al ser parte de las propuestas postmodernas, no pretende descalificar visiones o tener soluciones acabadas y definitivas, más bien pone en duda cualquier discurso o saber psicológico que intente establecerse como universal, ya que el construccionismo pretende fungir como teoría generativa, cuestionando y redescubriendo conceptos que permitan abrir nuevos puntos de vista (Cañón, 2008).

Al respecto, Crespo (2003) menciona cómo el mismo Gergen ha señalado como principal función de la Psicología, tanto como ciencia y como profesión, el contribuir en la proliferación de explicaciones que rompan con la realidad estática, indagando entre las diversas formas de concebir el mundo y el tipo de relaciones que se pueden formar a partir de estas concepciones.

De esta forma, el construccionismo social surgió a partir de la noción de que cualquier conocimiento o teoría psicológica, partía de determinada concepción del mundo y el ser humano, la cual indudablemente se encontraba relacionada con la mentalidad e ideología de sus tiempos, lo que quiere decir, que el mundo se construye constantemente en el aquí y el ahora de los individuos, en medio de intercambios entre personas históricamente localizadas, dando como resultado una tarea cooperativa y activa entre sujetos (Jubes, Laso & Ponce, 2000).

En este contexto, no es de extrañar entonces que la generación de conocimiento y validez de ciertos estándares o procedimientos, no dependa fundamentalmente de la perspectiva en cuestión, sino de los muy diversos factores sociales que pudieron haber influido en ella.

Es por esto que el construccionismo social cuestiona a su vez, los postulados de objetividad y ciencia positivista, los cuales pretenden neutralizar la influencia del investigador sobre la producción del conocimiento, cuando el mismo investigador al estudiarlo, ya transforma aquéllo que pretende conocer, brindando

una representación científica de la realidad social que ha construido (Cañón, Peláez & Noreña, 2005).

Lo anterior indica que la visión construccionista ha centrado su interés en la naturaleza cambiante e interactiva de la vida humana, sustentando sus múltiples realidades de acuerdo al momento socio-histórico y visualizando al ser humano como parte integral de una realidad que construye y lo transforma al mismo tiempo (Aya, 2010), sin embargo, nada de esto podría ser posible sin las relaciones constantes entre individuos, las cuales forman el criterio de las personas y les permiten definirse de distinta manera de acuerdo a su contexto relacional.

Por lo que Gergen (1996) refiere que los individuos no forman un único y durable “yo verdadero”, sino uno potencial que sea capaz de comunicar y representar en distintas circunstancias, ya que, como parte de un contexto relacional, las comprensiones no se construyen de manera aislada, sino dentro de una constante negociación entre la sociedad, el individuo y los significados predominantes de las actividades en las que esté implicado (Feixias & Villegas, 1988).

De ahí la importancia de estudiar al sujeto en contextos específicos, culturalmente situados y con concepciones diversas, prestando especial atención a aquellas formas simbólicas de interacción, de las cuales no se habla, pero se presentan de manera cotidiana, manteniendo y transformando las concepciones de los implicados, tales como patrones, pautas, rituales o mitos, los cuales guardan en sí, cierto sistema de significados compartidos, que se aprenden, revisan, modifican o mantienen, a través de un proceso interpretativo (Cañón et al., 2005).

Sandoval (2010) explica que existen diversos contextos a considerar al intentar comprender la perspectiva de una persona, ya sean el trabajo, la iglesia, la escuela u otras instituciones de apoyo, aunque en muchas ocasiones uno de los principales escenarios es la familia, la cual funge como referente importante ante la construcción de relatos, abordando valores, patrones, reglas, principios, roles

que se definen dentro del sistema, o bien ciertas prácticas familiares, como celebraciones y tradiciones que conllevan cierta secuencia de actividades; de cualquier forma, siempre es importante atender el medio en el que el sujeto se encuentra inmerso, ya que esto definirá en gran parte, el tipo de construcciones que él mismo forme.

Esto no significa que las familias, los contextos o los eventos en sí, posean ciertas características que determinen las conductas, más bien, el construccionismo social sostiene que lo que define al comportamiento, son los significados que los miembros atribuyen a los sucesos. El mundo social por supuesto que influye en el intercambio de significados compartidos, sin embargo, es el sujeto quien modifica y transforma sus significados, momento a momento, por medio de las conversaciones, las cuales moldean sus comprensiones, al mismo tiempo que éstas influyen sobre otras, es decir, los sistemas de significados se encuentran en constante construcción, transformándose y evolucionando en las narraciones e intercambios sociales (Cañón, 2008, Limón, 2005).

Cañón (2008), argumenta que el valor del discurso psicológico no radica en su capacidad para reflejar la verdad, sino en su capacidad de llevar a cabo relaciones, ya que las narrativas son aquellos relatos que organizan y otorgan sentido y significado a las experiencias de los seres humanos, con base en el lenguaje se construyen realidades y se interpretan los acontecimientos, puesto que las narrativas no emergen sólo desde los individuos, sino que emergen en la interacción con los otros, dentro de un contexto relacional que los seres humanos poseen y describen.

Es por eso, que de acuerdo con Sandoval (2010), el socioconstruccionismo concibe a los sujetos esencialmente narrativos, como un entramado de historias, las cuales el sujeto narra a otros, al mismo tiempo que éste es narrado por otros, lo que le confiere un sentido de pertenencia a los contextos en los que se relaciona.

La visión construccionista trabaja más en la función del lenguaje que en la realidad estudiada, se enfoca en las interacciones y emociones, y en cómo el discurso determina las estructuras sociales (Arcila, Mendoza & Cañón, 2009, Muñoz, 2003), ya que el lenguaje no sólo describe la realidad, sino que ayuda a comprenderla y transformarla. Cada época necesita un lenguaje que construya su mundo de forma distinta, exige una resignificación, el surgimiento de nuevas formas de comprensión de la realidad, lo que resulta fundamental para generar transformaciones.

Gergen (1996) considera que a través de una apreciación crítica del lenguaje, es como se puede alcanzar una mayor comprensión de nuestra relación con la cultura, ya que el estudio de los fenómenos psicológicos se rigen por las pautas de interacción social, las cuales a su vez, se dan a conocer a través de las estructuras del discurso, ya que de acuerdo con Muñoz (2003), el lenguaje es el recurso narrativo que nos ayuda a dar cuenta de los acontecimientos de las personas, siendo así una herramienta indispensable para la interpretación de las experiencias.

Otros autores como Araya, Alfaro y Andoregui (2007), Botella, Pacheco y Herrero (1999) y Ricoeur (citado en Bruner, 1991) coinciden en que el construccionismo tiene como base la interacción e interpretación a través del intercambio por medio del lenguaje, del cual se apropian subjetivamente las personas, contribuyendo a la transformación cultural.

De esta forma, Gergen (1996) indica que desde el construccionismo social, la verdad parece ser cuestión de perspectivas, y éstas, productos de intercambios y consensos sociales que se construyen por medio de los sistemas de comunicación social, siendo el sujeto quien construye su postura ante determinados eventos, regulando sus acciones, sus formas de participación, ideas, emociones, etcétera, es decir, se genera una forma de vida con principios y valores particulares.

Visto de esta manera, lo que se pretende estudiar no es el hecho en sí, sino el sistema de significados bajo el cual cada persona brinda de sentido a su vida, enfocándose a su vez, en los determinados factores socioculturales que pudieran influir en ellos (Pelcastre et al., 2005).

Prácticamente se podría hablar de cualquier evento, circunstancia o proceso y en cada uno se encontrarían distintos sistemas de significados, aunque existen ciertos aspectos en la vida que tienden a considerarse con mayor importancia, tal como lo podría ser la paternidad o maternidad y específicamente el suceso del parto, el cual para algunos llega a representar un momento decisivo, que impacta de manera fundamental su construcción como personas.

A pesar de que el proceso de dar a luz se ha visto y estudiado principalmente desde el lado fisiológico, en los últimos años se ha demostrado que su análisis debe abordarse más desde un encuadre bio-psico-sociocultural, dado que tanto los perfiles de salud/enfermedad, como la misma atención sanitaria, son producto también de ciertas construcciones sociales que responden a determinados códigos y valores culturales, demostrándose así, que lo que para algunas culturas puede ser saludable o higiénico, para otras no necesariamente es considerado así.

Rodríguez (2008) argumenta que en la actualidad se ha observado lo que él llama un tipo de “colonización de la verdad”, en la cual ciertas representaciones se han vuelto dominantes en distintas esferas de nuestra vida: ciencia, tecnología, salud, desarrollo, códigos de conducta, etcétera. Enfatizando específicamente en el aspecto médico, nos muestra cómo en los últimos años se ha expresado un modelo monocultural y hegemónico, que tiende a percibir la salud desde el patrón cultural occidental, aplicando los mismos preceptos al juzgar los conocimientos y prácticas de otras culturas o tendencias.

No obstante, de manera afortunada también ocurre que últimamente existen tendencias que hacen hincapié en el hecho de que la salud de hombres y mujeres, no sólo puede ser explicada por la biología, sino que reconoce el

contexto histórico y cultural, aceptando que la sociedad construye las nociones del cuerpo con estrecha relación al género, el grupo social y la generación, lo que a su vez repercute estructuralmente en los medios de atención y las prácticas sanitarias.

De ahí que el momento del parto también se considera íntimamente vinculado con ciertos valores tradicionales, los que según Luque y Oliver (2005) determinan cuáles procedimientos reciben mayor aceptación y qué conductas se consideran deseables, influyendo incluso en la percepción y actitud que se tenga ante el dolor, o en el nivel de participación e involucramiento que ocurre en la tríada madre-hijo-padre.

Como se puede apreciar, en cada grupo o contexto social existen determinados valores relacionados al parto, mismos que a su vez se encuentran entrelazados con los de maternidad y paternidad, dando como resultado distintas vivencias alrededor del mismo hecho, cada una con su muy particular construcción de significados (Basso & Monticelli, 2010).

Es por esto que es importante entender el embarazo y el parto desde la perspectiva de los protagonistas, ya que desde sus relatos es posible comprender la lógica interna que brinda sentido a su existencia, reflejando no únicamente los patrones culturales, sino también las construcciones personales que fueron surgiendo a raíz de la importancia de los hechos.

Desde luego es importante considerar, que dichas construcciones no son iguales ni estáticas aún en personas del mismo grupo social, y mucho menos, entre distintas generaciones y partes del mundo, por lo que hay que valorar distintos factores históricos y socioculturales al comprender los sistemas de significados predominantes. Por ésta razón en el siguiente capítulo, se abordarán las formas en que se ha entendido y desarrollado el parto a lo largo de la historia, indagando en distintas culturas y partes del mundo, así como algunas de sus prácticas, tradiciones y concepciones alrededor del momento de dar a luz.

HISTORIA DE LA ATENCIÓN DEL PARTO

A lo largo de la historia se ha notado, que a pesar de compartir el mismo patrón de organización biológica y orgánica, los seres humanos en distintas localidades o culturas, no realizan de la misma forma acciones tan simples como el alimentarse o sanarse, ya que éstas se encuentran directamente relacionadas con las normas culturales de cada época y grupo social.

Lo mismo ha ocurrido con comportamientos más complejos como el alumbramiento, observándose variaciones en la atención y percepción que se tiene del embarazo, el cual desde los inicios de la raza humana se ha encontrado inmerso en un ambiente pleno de mitos y tabúes, con distintas prácticas y tradiciones, que han ido evolucionando y determinando lo que hoy es el ejercicio profesional en el campo de la salud reproductiva de la mujer, tanto en el tipo de prestador, como de servicio.

Es por esto que es importante analizar los hábitos y costumbres que han existido alrededor del alumbramiento, como parte de la evolución del hombre en distintas épocas y lugares del mundo, ya que el mismo hecho biológico ha sido interpretado y vivido desde distintas perspectivas, brindando un reflejo de los valores y significados de cada contexto sociocultural.

A continuación, se expondrá una recopilación histórica desde los primeros indicios que se tienen sobre la atención del parto, reflejando durante cada época, las principales prácticas y los acontecimientos de mayor relevancia que marcaron la evolución en su atención. En primera instancia se abordará de manera general información relacionada a distintas partes del mundo, para posteriormente enfocarse específicamente en lo ocurrido en México, de tal forma, que al finalizar el capítulo, se tendrá una visión integral de las transformaciones a nivel mundial, al mismo tiempo que se señalará su relación con el contexto histórico y social.

Prehistoria

Desde los orígenes de la humanidad, se ha registrado que en la mayoría de las culturas, las mujeres solían parir acompañadas de sus familiares o de otras

mujeres, quienes las asistían durante el periodo de dilatación, expulsión y postparto; lo cual para la antropóloga Wenda Trevathan tiene mucho sentido si se revisa el proceso evolutivo del *homo sapiens*, ya que al evolucionar y comenzar a caminar de forma erguida, los cráneos de los humanos se hicieron más grandes y las pelvis de las mujeres más estrechas, combinación que dificultó a nuestras antepasadas a continuar pariendo de forma individual y las alentó a pedir otro tipo de asistencia (Hutter, 2010).

En cuanto a referencias tanto escultóricas, como literarias, diversos autores afirman que la fuente de información más antigua se remonta al Periodo Paleolítico con las pinturas rupestres, en las cuales se observaba a las mujeres pariendo en cuclillas o con ambas piernas apoyadas en grandes piedras, apareciendo en ocasiones acompañadas y en otras solas, aunque en esencia se conserva la posición vertical y la relación que se le ha dado con alguna deidad o fenómeno sobrenatural (Lugones & Ramírez, 2012; Manrique, Fernández, Echevarría, Figuerol, Teixidó & Barranco, 2014).

Edad Antigua

Durante la transición de la Prehistoria a la Edad Antigua la partera fue tomando mayor relevancia dentro de diversas culturas, siendo valorada no sólo por sus conocimientos en el arte obstétrico, sino también por sus funciones de apoyo y consejo que las hicieron convertirse en parte fundamental de cada una de sus sociedades.

Ya desde textos antiguos religiosos, se hacía referencia a su labor y cómo era que atendía diferentes tipos de parto, como por ejemplo en el antiguo testamento, en donde se menciona de Benjamín:

“luego de un parto difícil, la comadrona finalmente exclamó que no temiera pues tenía otro varón” (GENESIS, 35:16)

Pero en la Biblia no sólo se hacían constar este tipo de hechos relacionados con el nacimiento, también se podía encontrar el relato de cómo

Eva fue castigada al caer en la tentación de comer el fruto prohibido, a lo que Dios respondió:

“Haré que sufras bastante durante tus embarazos y que al tener a tus hijos sientas mucho dolor. Y a pesar de eso, seguirás deseando a tu marido, y él tendrá dominio sobre de ti”
(GÉNESIS 3:16)

Inscripción que evidentemente hizo que hombres y mujeres devotos crecieran con la idea de la necesidad de sufrir el parto como una obligación celestial, ya que se creía que si no se era capaz de soportarlo, seguramente tampoco se sería capaz de enfrentar los desafíos de la maternidad.

Otras fuentes contemporáneas a la época, son del 1700 a.C. en Egipto. Era en la que se tienen registros en papiros como el *Westcar* o *Ebers*, sobre los utensilios y mecanismos que utilizaban en la predicción de la fecha del parto, en su aceleramiento cuando era necesario y en cómo conocer la salud del recién nacido por medio del llanto (Manrique et al., 2014).

Durante el embarazo las mujeres se protegían con amuletos relacionados a la diosa Tauret y ya cercano el momento del parto buscaban la asistencia de otra mujer, quien las apoyaba a ponerse de rodillas o sentarse en sillas especiales para facilitar el proceso de expulsión (Figura 1), además de proporcionarles cuidados en caso de sentir dolor y ayudarlas a lanzar la placenta al río.

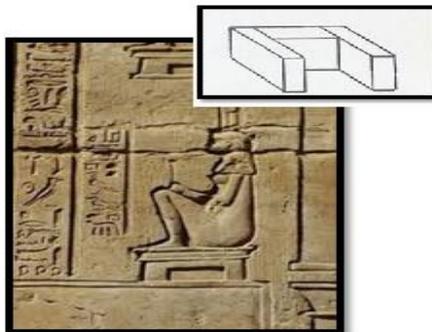


Figura 1. Posición y silla de partos utilizada en Egipto.

Fuente: <http://tomascabacas.com/silla-de-parto-del-antiguo-egipto/>

Por otra parte, en la antigua Grecia, se sabe que las parteras gozaban de un estatus social alto en el que sus actividades consistían principalmente en educar a las mujeres sobre su alimentación, los métodos de alivio del dolor basados en la respiración y en la utilización de una silla obstétrica al momento del alumbramiento (Lugones & Ramírez, 2012).

A pesar de que la cesárea no era practicada como se realiza en la actualidad, Lugones (2001) menciona que se pueden considerar en esta época los inicios de la misma, ya que existía una ley que prohibía enterrar los cuerpos de las mujeres aún con el feto dentro, por lo que se realizaba una cortada en el vientre para sacar al bebé cuando la madre no sobrevivía al parto (Figura 2).



Figura 2. Diseño de la silla obstétrica utilizada en Grecia.

Fuente: <http://tomascabacas.com/category/instrumentos-medicos/>

Posteriormente, fueron los romanos quienes relevaron a los griegos en cuanto a avances científicos se refiere, específicamente en el área de la obstetricia, en la que Sorano se convirtió en el primer hombre en escribir un libro para parteras o comadronas, con indicaciones prácticas y teóricas que sirvieron durante muchos años para su capacitación. Debido a este hecho, es que ahora se le conoce como el padre de la obstetricia, sin embargo, durante su época, la atención de las comadronas aún seguía en su apogeo, realizando modificaciones incluso en el diseño del sillón obstétrico (Figura 3).

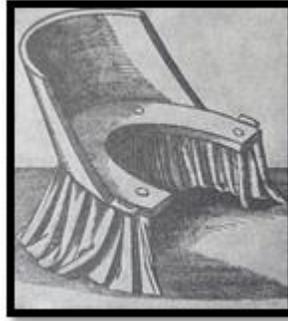


Figura 3. Sillón obstétrico utilizado por los romanos.

Fuente: <http://tomascabacas.com/category/instrumentos-medicos/>

Edad Media

A partir de la Edad Media, comenzaron a imprimirse manuales con información dirigida hacia aquellas personas que se encargaban del cuidado de las parturientas, sin embargo, dichas recomendaciones no distaban mucho de las que se daban en la antigüedad, obligando a las comadronas a modificar diversas prácticas.

Entre los siglos XIII y XV en Europa no hubo grandes cambios respecto a la forma de parir, ya que seguía predominando la verticalidad, sin embargo, en esta época fue cuando comenzaron a hacerse más evidentes las diferencias entre la realeza y el pueblo, ya que dependiendo del estrato social y los recursos, eran las condiciones en que cada mujer podía parir. Para las mujeres de la realeza, había parteras con amplia experiencia en palacios o casas ricas, a tal grado que se llegó a crear el Real Tribunal del Protomedicato en España, el cual estaba destinado a vigilar y supervisar las labores sanitarias (García, García & Valle, 1996). Por otro lado, para los plebellos, existían las mujeres de la comunidad, que contaban con experiencia de boca en boca y sin conocimientos teóricos, asimismo, la única similitud que existía entre ambas clases era que las mujeres solo tenían la obligación de cuidar a los hijos y ocuparse de las labores domésticas, por lo cual, al momento de parir había algo que llamaban “reclusión” o “confinamiento” que constaba de un periodo de dos semanas de recuperación (Manrique et al., 2014).

En España, García (2008) menciona que en cuanto al parto y el embarazo mantenían una conexión con lo espiritual, realizando predicciones respecto al sexo del bebé de acuerdo a las fases de la luna y utilizando escapularios o amuletos para evitar los dolores y complicaciones del parto. También argumenta que el alumbramiento se llevaba a cabo en compañía de otra mujer que lo asistiera, las cuales eran llamadas parteras o matronas, quienes eran mujeres muy apreciadas y respetadas en su comunidad, sin embargo, la llegada del desarrollo económico trajo modificaciones en la atención, pasando del domicilio familiar a un centro hospitalario.

Dentro de la misma época, en México, la partera también gozaba de un lugar privilegiado por su preparación y capacidad al realizar rituales (Quezada, 1977), quienes eran llamadas por los aztecas *Tlamatquiticitl* y gozaban de un prestigio diferente a las otras mujeres debido a su relevante función como sacerdotistas, socializadoras, consejeras de asuntos matrimoniales y educadoras de la salud (Alfaro, Villaseñor, Valadez, Guzmán & González, 2006).

Justo unos días antes del nacimiento, la partera se iba a vivir a la casa de la parturienta y esperaba con ella el momento del parto, mientras que hacía maniobras sobre su vientre y le proporcionaba baños de temazcal.

Para iniciar el trabajo de parto, la comadrona realizaba una invocación a sus dioses, utilizando a su vez sustancias como la tierra y el tabaco para controlar el dolor, y la cola del tlacuache molida o el *Cihuapatli* para reducir la inflamación del vientre y ayudar a la expulsión; si el trabajo de parto se complicaba, la partera intentaba voltear al niño por el vientre o indicaba a la parturienta que adquiriera determinadas posturas con la finalidad de favorecer la labor de parto (Quezada, 1977), aunado a esto, se han encontrado algunas figuras procedentes de Guerrero, representando a mujeres con heridas en el vientre, donde de acuerdo con Vargas y Matos (1973), se cree que también llegaban a practicar cesáreas. Cabe resaltar que las parteras aztecas tenían un gran conocimiento en obstetricia, realizando igualmente la embriotomía cuando el parto resultaba imposible (Espinosa, 2009).

En cuanto a la postura que adoptaban para parir, las mujeres prehispánicas, descansaban una rodilla sobre el piso y con la otra presionaban el vientre con la finalidad de facilitar el alumbramiento. Si el parto progresaba normalmente, venía en seguida la expulsión de la placenta, guardando un significado importante ya que el cordón umbilical representaba un hermano espiritual que atraía a las personas a su sitio, simbolizando una liga con el pasado y con el futuro, que de acuerdo con el sexo del recién nacido, era enterrado en el campo de batalla o en la milpa si era varón y en el hogar si era mujer (Vargas & Matos, 1973).

Por otra parte, si la mujer moría se le llamaba *Mocihuaquetzque* o mujer valiente, considerándosele con los mismos méritos que a un soldado muerto en combate, puesto que el parir tenía las mismas posibilidades de salir victorioso que en una batalla (Quezada, 1977; Vargas & Matos, 1973; Velázquez, 2009).

Por último, para los aztecas el puerperio era una etapa importante, pero transitoria y rápida, ya que la herbolaria era ampliamente utilizada para fortalecer a la madre. Al cuarto día se realizaba una ceremonia de purificación en el que se bañaba a la madre y se pasaba al infante sobre el fuego, se le asignaba un nombre al bebé y entonces se apaga dicho fuego (Quezada, 1977).

Edad Moderna.

Durante la Edad Moderna, aún existían grandes dilemas entre médicos y parteras, puesto que mantenían una gran variedad de teorías y formas de atención, un ejemplo claro se encuentra en uno de los manuales más conocidos en esta época, elaborado por el doctor alemán Eucharius Rösslin en 1513, el cual era un libro monográfico que parecía abarcar todos los aspectos del parto y embarazo, el tipo de comportamiento que debía de tener la mujer, la predicción de un embarazo a buen término e incluso dedicó capítulos a mostrar el aspecto de los bebés dentro el útero; el único problema era lo obsoleto de la información impresa, con técnicas que incluso muchas parteras ya no utilizaban (Hutter, 2010).

Sin embargo, uno de los sucesos que terminó por dar preferencia a la atención médica frente a las comadronas, fue el invento del fórceps a finales del siglo XVI, para entonces los médicos ya se habían abierto camino en gran parte de la industria, desprestigiando a miles de parteras por sus técnicas insalubres y anticuadas.

Asimismo, dentro del ambiente médico, la atención del parto era un negocio muy demandado, al grado de que la familia Chamberlen, médicos inventores del fórceps, no quisieron dar a la luz su invento por miedo a que otros reprodujeran su éxito y les robaran el prestigio de ser quienes mantenían el mayor índice de partos exitosos con su milagroso instrumento (Lattus, 2008). En su momento el artefacto generó gran polémica entre médicos y parteras respecto a no saber qué tanto su uso podría generar más dificultades que beneficios, sin embargo, estas cuestiones se plantearon hasta varios años después.

Ya en el siglo XVII, Lugones y Ramírez (2012) refieren que a causa de una muerte en la realeza francesa, se comenzó a modificar la posición al parir, siendo así el cirujano Julien Clement uno de los primeros en introducir la posición horizontal, justificando que de esta manera tendría mayor comodidad y por ende, mayor control al momento del parto.

Adicionalmente a este suceso, las costumbres y nuevos estilos de vida hicieron que cada vez fuera más complicado para las mujeres de la realeza mantenerse en cuclillas o de rodillas durante el parto, por lo que la posición horizontal fue una opción que rápidamente adoptaron y popularizaron hasta llegar a los sillones obstétricos más complejos.

Por otra parte, en el mismo siglo, se registraron progresos en las técnicas de las cesáreas, nombrando diferentes técnicas como la incisión transversal o longitudinal, que además, se acompañaron de otro tipo de estudios, en los cuales se concluyó en 1779 que el fórceps alto era más mortal que la cesárea (Lugones, 2001).

Posteriormente en el siglo XVIII, en distintos lugares de Europa se preocuparon por formalizar la práctica profesional de hombres y mujeres parteras, desarrollando diversas certificaciones e incluso proponiendo algunas mejoras a sus técnicas o a la docencia. A pesar de esto, el control de la atención del parto paulatinamente iba avanzando hacia las manos de los médicos, quienes además, según Martínez y Pardo (2001), aprovecharon la publicación de un libro por parte de Paul Petit, en el que se hacía referencia a la necesidad de llevar instrumentos de apoyo durante el parto, lo que evidentemente les brindaba una ventaja frente a las parteras o comadronas.

En México, a principios del siglo XVI, comenzó la época de la conquista y la colonia, modificando gran parte de las costumbres del Imperio Azteca y desarrollando nuevas clases sociales que impactaron su estilo de vida por completo, los dioses a los que solían encomendarse para el buen progreso del embarazo y parto fueron revocados, y en sustitución de las parteras, comenzaron a instalarse diversos hospitales atendidos por religiosas, lo que les dificultó seguir desarrollando sus prácticas culturales (Castañeda, 1988).

A pesar de que la medicina indígena se encontraba más evolucionada que la de los mismos conquistadores, éstos la seguían percibiendo como algo esotérico, lo que obligó a los pueblos indígenas a seguir con sus prácticas médicas manteniendo oculta la parte mística que las acompañaba, a pesar de esto, Quezada (1977) menciona que la herbolaria mexicana siguió presente en el tratamiento de la mujer, reflejando en gran parte el amplio conocimiento que se tenía en el México prehispánico acerca del cuerpo, sus procesos y las maneras de tratarlos.

Todos los curanderos nahuas poseían un sólido conocimiento sobre la medicina, aunque dentro de sus diversas especialidades había una figura en especial que representaba un papel fundamental dentro de su sociedad, la partera, quien normalmente iniciaba su ejercicio al final de su vida reproductiva y poseía amplia experiencia en la herbolaría, el tratamiento de la mujer, sabía palpar

el vientre para acomodar el feto y prevenir complicaciones durante el parto, puerperio y lactancia.

Sin embargo, una vez que la sociedad mexicana tuvo que adaptarse a la española, sus tradiciones necesitaron cambiar. En muchos sentidos sus ideas contrastaban, los nahuas, por ejemplo, expresaban por el infante un absoluto respeto que como ser humano merecía, sin distinciones sexuales; mientras que los españoles consideraban a los niños como seres de evolución inferior, realizando diferencias notorias entre hombres y mujeres, en las que ellas eran vistas como inferiores (Quezada, 1977).

Las ideas que se tenían sobre la concepción, toman importancia al analizar también su postura ante la reproducción, diferencia fundamental entre españoles y mexicas, para los nahuas ésta representaba su continuidad tanto física como espiritual, por lo que los hombres llevaban a cabo una paternidad muy participante y consciente del bien recibir y educar a los hijos; al contrario de los hispanos, quienes lo veían más como un proceso natural y hecho social inevitable, que determinaba su prestigio frente a los demás.

Respecto a la labor de las parteras en México, Carillo (1999) menciona que su historia dependió en gran parte de lo que ocurría en esa época en España, ya que su situación interna repercutió directamente a sus colonias. Inicialmente en 1628 se estableció como mandato el examinar a todo aquel que ejerciera la medicina, farmacia u obstetricia, pero en 1750 ya se hizo obligatorio que las parteras fueran examinadas por el Real Tribunal Protomedicato, que además requería una serie de especificaciones, como haber estudiado 4 años con un docente previamente calificado, aprobar exámenes de conducta, un examen que certificara la pureza de sangre y una cuota de 63 pesos, lo que evidentemente dificultaba a muchas parteras el obtener su título.

Finalmente en 1760, se comenzaron a impartir en la enseñanza médica algunos temas de gineco-obstetricia que posteriormente se formalizaron en una cátedra para los alumnos del 5° año de Medicina; en un inicio este tipo de

enseñanzas no estaban consideradas para las parteras, pero a partir del Reglamento Particular de la Enseñanza Médica esto cambió, dejándolas participar en sus lecciones como parte de su capacitación, hecho que marcó el inicio de su profesión (Alfaro et al., 2006).

Para finales del siglo XVIII, el oficio de la partería estaba pasando de ser practicado por mujeres a ser practicado por hombres como había sucedido en países como Francia, Inglaterra y Estados Unidos por los inventos realizados y la hegemonía que mantenían los médicos respecto a las maneras y técnicas de parir (Porter, 2003). Tal como lo mencionan los historiadores Richard y Dorothy Wertz (citado en Hutter, 2010), los médicos emplearon el fórceps a modo de arma para expulsar a las parteras del negocio, comenzando a utilizarse otros artefactos obstétricos que hicieron más exclusiva su práctica.

Edad Contemporánea

Por otro lado, dentro del siglo XIX el médico George J. Engelmann (Topolansky, 2014), escribió un libro acerca del parto en los pueblos primitivos, en donde argumentaba que el parto se daba de manera rápida y sencilla en aquellos pueblos, bajo la premisa de que mientras más se alteraban las condiciones naturales y mayores tecnologías estaban de por medio, era más difícil el proceso de parto, sin embargo, muchos médicos estaban convencidos de que al hacerlo, iban a salvar las vidas tanto de las parturientas, como las de sus hijos.

Ya a finales del siglo XIX, en 1847 un obstetra escocés, llamado James Young Simpson (Hutter, 2010), había intentado incursionar una nueva técnica para evitar los dolores del parto administrando éter a una mujer mientras daba a luz, seis años más tarde, la reina Victoria se enteró de la nueva droga y la pidió a su ginecólogo; muchas mujeres dentro y fuera del reino se enteraron del hecho y de igual manera solicitaron la aplicación del éter.

Otra de las razones que impulsaron el uso de fármacos para evitar dolores fue la primer ola del feminismo, la cual coincidió a su vez con la apertura de nuevas clínicas, que provocó que mujeres de todas las clases sociales empezaran

a creer que las clínicas eran el mejor lugar para tener a sus hijos, algunos de los titulares decían “Parto sin dolor, adiós a la maldición de Eva. La sedación es una necesidad, no un lujo, un fármaco acude en ayuda de las mujeres: La medicina se apiada de la parturienta” (Hutter, 2010, p. 91).

A finales del siglo XIX, dentro del aspecto institucional, la comunidad de médicos se hizo cada vez más presente en los hospitales de maternidad, y con esto, la figura de las parteras se fue minimizando, estableciendo así, que únicamente las mujeres que contaran con la instrucción reconocida por las autoridades médicas, podrían ejercer el oficio de partera, y de hacerlo así, tendría que ser de manera subordinada al poder y trabajo de los profesionales de la medicina (Cano & Valenzuela, 2001).

Por otra parte, es importante mencionar que la farmacéutica en el siglo XIX tuvo un gran avance, puesto que durante años la mortalidad materna durante o después del parto era demasiado elevada, principalmente por la llamada fiebre puerperal, la cual era una enfermedad muy común de causas desconocidas. Fue entonces, cuando se comenzaron a realizar estudios que revelaron la existencia de gérmenes y bacterias causantes de cientos de muertes, lo que dio origen a otro tipo de prácticas y cuidados que antes no se realizaban por desconocimiento, incluso la simple acción de lavarse las manos o limpiar la zona de trabajo al tratar a distintos pacientes, lo que significó un avance muy grande en la medicina.

Para principios del siglo XX, en 1908 un ginecólogo de Harvard, Franklin S. Newell, defendió el uso de fórceps en mujeres de clase media y alta debido a que él creía que eran demasiado frágiles para pujar, ya que su estilo de vida hacía que perdieran fuerza física. De acuerdo con Hutter (2010) la historiadora Ohio Jacqueline Wolf refirió a este periodo como “la moda de la mujer enfermiza”, momento en el que se difundía la idea de que dar a luz de forma natural incluso podría ser peligroso para las mujeres de clase media y alta, visión que apoyaban en gran medida los médicos.

Una vez que las matronas tuvieron mayor reconocimiento tanto a nivel educativo como laboral, en España se les brindó mayor formalidad a sus estudios para poder enriquecer sus conocimientos con una perspectiva científica, incluyendo tanto a hombres como mujeres a la matrícula (Manrique et al., 2014).

Por otro lado, en Estados Unidos la popularidad de las clínicas de maternidad se disparó en la primera década del siglo XX, ya que en 1900 se registraba que apenas el 5% de las mujeres daban a luz en un hospital, sin embargo, ya para 1930 más de la mitad de la población prefería esta alternativa, 30 años más tarde se volvió la opción más común (Hutter, 2010).

Alrededor de 1978 surgió una nueva tendencia para dar a luz, cientos de parejas comenzaron con lo que llamaron “parto natural sin intervención médica”, la cual afirmaban era más saludable tanto física como psicológicamente para el bebé. Además, de acuerdo con el doctor Frederick Naftolin (citado en Hutter, 2010), varios estudios han demostrado que si una mujer tiene a su lado a alguien para tranquilizarla y cuidar de ella, el parto tiende a progresar con mayor rapidez, pariendo con menos dificultades durante la labor.

Asimismo, Ferdinand Lamaze y Pierre Vellay, popularizaron una técnica de respiración destinada a aliviar los dolores del parto y rodaron el documental *Naissance* para demostrar que funcionaba, Lamaze desarrolló su trabajo adoptando algunas teorías de médicos rusos que creían que debía de haber una forma natural de hacer que las mujeres relajaran el útero, lo que terminó por llamarse “método psicoprofiláctico de alumbramiento analgésico”. Más tarde, Elisabeth Bing fundó su organización Lamaze International basándose en dichas técnicas, cambiando su nombre a “alumbramiento preparado” porque implicaba que los padres estuvieran mejor informados y tuvieran la oportunidad de tomar sus propias decisiones, teniendo como opción poder eliminar los analgésicos.

Por otra parte, en México, las primeras parteras profesionales instruidas comenzaron en el siglo XIX, al interior de las aulas universitarias en donde se formaban a los médicos generales, para posteriormente ser enviadas a clínicas de

maternidad, de tal forma que en 1900 había casi el mismo número de médicos (2,794) que de parteras (2,668), sin embargo, las parteras fueron relegadas dando preferencia a los médicos, convirtiéndose en 1,788 títulos de parteras, contra los 226,179 de médico 46 años después (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

Tal como lo menciona Carrillo (1999), no fue fácil que las mujeres entraran a las cátedras con hombres, inclusive en algunos estados se tuvo que emitir una ley que promoviera y dejara en claro la igualdad profesional entre hombres y mujeres, ya que muchas de las parteras no podían asistir a cátedras de medicina, sin embargo, aun existían simultáneamente partos en casa o en las comunidades, los cuales eran tachados de realizarse de manera insalubre, sin objetos estériles, ni el material adecuado.

En la década de los 20's, hubo grandes cambios en el país, entre ellos la Revolución, y por ende, hubo diferentes modificaciones dentro de varios sistemas de gobierno, por ejemplo, se originó la carrera de Obstetricia en la Facultad de Medicina y las parteras universitarias comenzaron a laborar entre 1920 y 1950 tanto en las zonas urbanas, así como en las instituciones, aunque la partera empírica seguía laborando en zonas rurales (Castañeda, 1988).

Dentro de la época de la industrialización en 1943, se dio paso a la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), siendo uno de sus objetivos principales la atención materno-infantil, lo cual dio pie a aperturar más hospitales dedicados exclusivamente a la maternidad, donde algunas parteras profesionales comenzaron a trabajar sin la jerarquía otorgada a quienes estudiaban una carrera universitaria, lo que las obligó a atender también partos a domicilio para aquéllos que no eran derecho-habientes.

En 1951 el IMSS extendió los primeros nombramientos a parteras, aunque esto duró poco. En 1962 se reestructuró la especialidad médica de Gineco-Obstetricia extendiéndola a tres años, lo que provocó que se congelaran dichas plazas y el Seguro Social determinara que el parto era una acción de alto riesgo, para lo que la partera no se encontraba debidamente capacitada, ni autorizada en

caso de requerir alguna cirugía o extender certificados de defunción (Castañeda, 1988).

Desde entonces el auge de la partería profesional comenzó decrecer y se hicieron más comunes las parteras tradicionales o adiestradas, de modo que ante la evidente problemática de mortalidad materna, el Sistema de Salud se vio obligado a impartir capacitaciones en distintas clínicas y hospitales rurales como método preventivo.

Como se puede observar, a lo largo de la historia la tecnología se ha enfocado más a satisfacer la demanda de los médicos, que en atender las necesidades de salud y atención de las personas, ya que la supervisión de los partos ha sido encaminada hacia las formas de cuidado más breves y de comodidad para los médicos, aunque también en las últimas décadas han existido algunos grupos interesados en el uso de técnicas alternativas, así como en la recuperación de los partos en casa.

Es por ello, que en el siguiente capítulo se abordará la manera en que se ha ido llevando a cabo el parto durante los últimos años, además de retomar algunas alternativas que se han propuesto para dar solución a diversas problemáticas, como el alto índice de cesáreas, la re-incorporación de parteras al sistema de salud y la humanización del parto.

ATENCIÓN DEL PARTO EN EL SIGLO XXI

A pesar de que en los últimos años la atención del parto ha evolucionado en diversos aspectos, en mayor parte, gracias a los avances científicos y tecnológicos, aún en la actualidad, siguen los debates respecto a cuáles son las mejores prácticas o formas de dar a luz, retomando incluso, algunos principios como el trato humano, cálido y profesional, que se ha descuidado con el paso de los años. Esto sin perder de vista que además, los valores y prioridades de la sociedad se han modificado, reflejando en sus acciones y toma de decisiones, la variedad de significados que siguen imperando alrededor del mismo hecho.

Es por esto, que para entender cómo hombres y mujeres experimentan el nacimiento, resulta de vital importancia conocer en qué situación se encuentra actualmente México y el mundo en cuanto atención prenatal y obstétrica, cuáles son las principales preocupaciones de cada gobierno, sus propuestas, programas y protocolos de atención, para entonces partir del contexto social en el que se encuentran inmersos.

En el siguiente capítulo se abordarán los últimos datos recabados durante el siglo XXI, relacionados principalmente con las cifras reportadas en cuanto a las formas de atención, profesionales involucrados y propuestas o programas que se han desarrollado en distintos lugares del mundo y de la República.

Tanto a nivel nacional, como a nivel mundial, una de las preocupaciones de mayor relevancia para el sector salud en los últimos años, ha sido el incremento acelerado de la cesárea, que según Gómez (2004) se ha vivido como una epidemia alcanzando cifras cada vez más altas, manteniéndose en 2004 Chile con un 40%, Brasil con el 30% y Estados Unidos con un 25%.

Contemplando únicamente a Estados Unidos, durante los diez años del 2000 al 2010, el porcentaje de número de cesáreas aumentó al 46%, sin observar que la tasa de mortalidad materna decreciera de forma palpable, debido a esto, el doctor Frederick Naftolin, opinó en una entrevista realizada por Hutter (2010), que no había razón aparente para mantener estas cifras, por lo que quizá sería mejor

resucitar los foros médicos en los que se discutía cada caso antes de practicar una cesárea. Tal vez con el debate entre profesionales la situación podría cambiar.

A pesar de los evidentes cambios que se han dado hacia una asistencia más intervencionista y medicalizada, a últimas fechas también han surgido grupos que se han preocupado e interesado por la humanización del parto, devolviendo el papel activo a la mujer y sus seres queridos, y utilizando técnicas que ya se habían escuchado desde el siglo XIX, como el uso de la relajación y respiración, los partos en agua, masajes, entre otras, que rescatan el ambiente íntimo y familiar, disminuyendo las intervenciones instrumentales y médicas (García, 2008). En este sentido, hay otros países que le llevan una ventaja notable a México, como lo son Brasil, Argentina y España, países que incluso ya lo han llevado al sistema público de salud.

Específicamente en México, la realidad ha demostrado que existe una amplia gama de prácticas médicas, que no sólo se refieren a la atención del parto, sino de la salud en general, existe la medicina tradicional, la institucional y la medicina privada; tomando en cuenta, además, que los sistemas de salud no han sido distribuidos de manera homogénea, por lo que el tipo de atención suele ser determinado por diversas variables como la ubicación geográfica, los recursos económicos, la situación social, entre otras.

De esta forma, de acuerdo al Instituto Nacional de Salud Pública (2011) se puede decir que en el país existen tres modelos en atención del parto, el médico hegemónico, representado por médicos generales y especialistas, y otros dos modelos de profesionales no-médicos, representado por parteras y enfermeros obstetras.

Respecto al lugar de atención, se ha dado a conocer en la Encuesta Nacional de Salud 2000, 2006 y 2012 que puede llegar a ser muy variado, destacando el reciente aumento por el interés hacia la iniciativa privada, casi a la par de la atención en el Instituto de Seguridad y Servicio Sociales para

Trabajadores del Estado, (ISSTE), tal como se puede observar en la Figura 4.

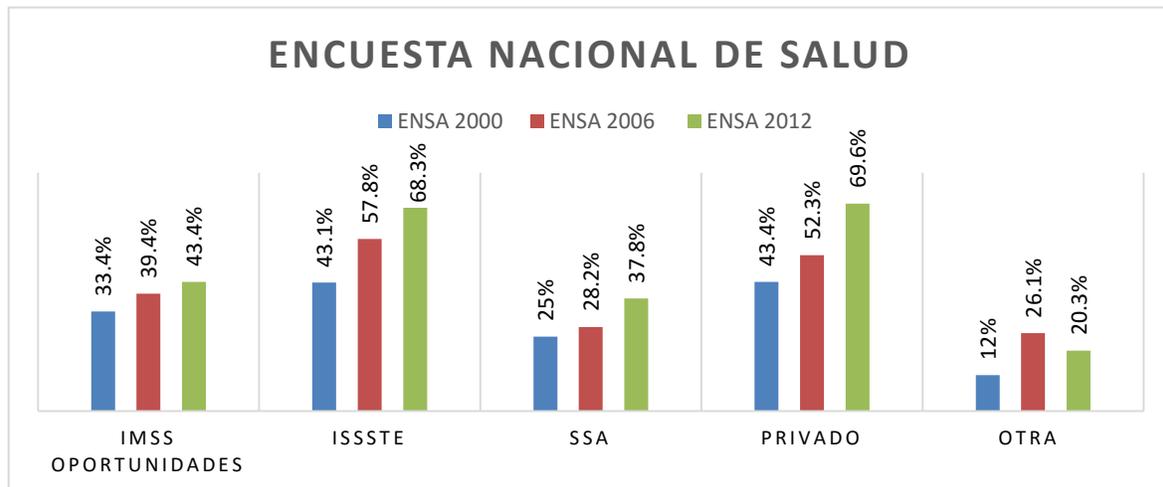


Figura 4. Instituciones a las que acuden los padres para llevar a cabo el parto.

Fuente: <http://ensanut.insp.mx/informes.php>

A pesar del evidente decremento de atención por parte de las parteras, que según Jiménez, Pelcastre y Figueroa (2008) bajó del 2000 con un 17% al 13.7% en el 2003, es indudable que aún en ciertas zonas rurales en México, sigue representando una figura fundamental, quien es reconocida y respetada por los miembros de su comunidad.

Conforme a lo establecido por la Organización Mundial de Salud (OMS), la partera tradicional es aquella persona, generalmente mujer, que asiste a la madre en el curso del parto, adquiriendo sus conocimientos como tradición con otras parteras, o bien, bajo su propia experiencia en la atención de otros partos (Pelcastre et al., 2005).

En el 2005, según Pelcastre et al., alrededor del 30% de los nacimientos en el país fueron atendidos por parteras en comunidades indígenas, informando que los estados de mayor demanda fueron Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Tabasco, Veracruz, Puebla y San Luis Potosí.

Reportando además en la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

(2012) un total de 9,457 parteras registradas en el país, de las cuales 6,990 ya han recibido cursos de capacitación por parte del Estado, aunque cabe resaltar, que aún existen estados en los que no se tienen registros sobre estos datos, tal como se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Número de parteras activas y capacitadas por Estado de la República Mexicana.

UBICACIÓN DE PARTERAS		
Estado	Activas	Capacitadas
Aguascalientes	8	7
Baja California	0	0
Baja California Sur	0	0
Campeche	210	206
Coahuila	0	0
Colima	5	5
Chiapas	2,364	1,098
Chihuahua	95	86
Distrito Federal	7	6
Durango	0	0
Guanajuato	197	194
Guerrero	741	642
Hidalgo	443	442
Jalisco	37	36
México	307	268
Michoacán	56	51
Morelos	275	242
Nayarit	32	26
Nuevo León	2	12
Oaxaca	492	355
Puebla	910	881
Querétaro	41	40
Quintana Roo	294	245
San Luis Potosí	595	168
Sinaloa	1	1
Sonora	87	87
Tabasco	1,121	862
Tamaulipas	42	35
Tlaxcala	0	0
Veracruz	1,074	974
Yucatán	17	17
Zacatecas	4	4
TOTAL	9,457	6,990

Fuente: <http://ensanut.insp.mx/informes.php>

De acuerdo con los datos que se han recabado sobre las prácticas y formas de atención de las parteras en México, se ha observado que principalmente cumplen con tres funciones básicas, la primera, que parece ser una de las más importantes, consiste en brindar apoyo afectivo, basándose en una relación cercana y de confianza, que disminuye considerablemente los

niveles de estrés; la segunda hace referencia al conocimiento que ellas tienen de las tradiciones de su comunidad y el considerar las necesidades particulares de cada mujer; y finalmente, el apoyo que brindan, ayudando con las labores de la casa y el cuidado de los hijos.

En realidad, sus prácticas tradicionales no han variado mucho desde la Edad Media, siguen manteniendo posiciones verticales como en cuclillas, sentadas, paradas o hincadas, realizan los baños de temazcal, “mantean” o “soban” a las mujeres para adecuar la posición del bebé y hacen uso de las hierbas medicinales, sin embargo, a raíz de las capacitaciones que se han brindado en hospitales y clínicas públicas, las parteras han modificado su práctica incorporando técnicas y conocimientos biomédicos, como medir la presión arterial, realizar tactos vaginales, recetar medicamentos alópatas e interrogar a las mujeres sobre sus antecedentes obstétricos, síntomas y dieta, remitiendo a las instituciones especializadas los casos que detecten de alto riesgo (Jiménez, Pelcastre & Figueroa, 2008, Pelcastre et al., 2005).

Teóricamente, estas son las recomendaciones que se les han brindado a comadronas durante las capacitaciones, aunque las relaciones que mantienen con las instituciones de salud, aún no son lo más óptimo para lograr un adecuado intercambio profesional. En relación a este punto, Jiménez, Pelcastre y Figueroa (2008) se dieron a la tarea de indagar entre diversas parteras que han acudido a capacitaciones, cómo es que ellas viven este vínculo. De acuerdo a sus narraciones, los autores encontraron que aún existe un sistema de subordinación frente al modelo médico, quienes ignoran o niegan la atención tradicional, deslegitimizando la labor de las parteras.

Es por esto, que ya se ha formado un movimiento nacional con el objetivo de definir la partería profesional y ampliar sus campos de acción, realizando actividades políticas y proponiendo cambios a la ley de salud, causa que ha sido ampliamente apoyada por las dos escuelas de partería profesional en México, CASA en San Miguel de Allende y Nueve Lunas en Oaxaca (Instituto Nacional de

Salud Pública, 2011).

Hoy en día, ya mucho se ha estudiado sobre la importancia y ventajas de introducir este tipo de proveedores alternativos para la atención del parto, destacando en otros países la capacidad que parteros profesionales han demostrado al realizar servicios obstétricos, aunque hasta hace unos años, México no contaba con estudios que lo respaldaran.

Es por ello, que entre los años 2005 y 2011, el Instituto Nacional de Salud Pública se dedicó a evaluar el rol de personal no médico, representado por parteras profesionales de la institución CASA y enfermeras obstetras egresadas de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), frente al rol del personal médico, representado por médicos generales egresados igualmente de la FESI. Evaluación de la cual se constató que, a pesar de que los tres profesionales se encontraban debidamente calificados, había diferencias que hacían que parteras y enfermeras brindaran servicios obstétricos de igual o mejor calidad, representando el factor de diferencia el tipo de atención más cálida, cercana y empática, además del promover el uso de métodos alternativos para el manejo del dolor.

Incluso fue señalado en dicho reporte, que la incorporación de este tipo de proveedores alternativos en la atención del parto, podría representar un decremento en los índices de mortalidad materna, disminuyendo a su vez la probabilidad de cirugías innecesarias como la episiotomía y la cesárea, misma que según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012, ha posicionado a México como el cuarto lugar a nivel mundial, aún con la recomendación de la Norma Oficial Mexicana de no exceder el 20% total de nacimientos (Reza, 2013).

Tal y como se puede observar en la Figura 5, durante los últimos 14 años los porcentajes en cesáreas en México han aumentado considerablemente, evolucionando del 2000, que tan sólo se contaba con dos estados en un porcentaje máximo de 35.5 a 39.9, al 2012 con 21 estados por encima del 40%, 5 entre el 35.5% y 39.9% y los 5 restantes entre el 20 y 35.4%.

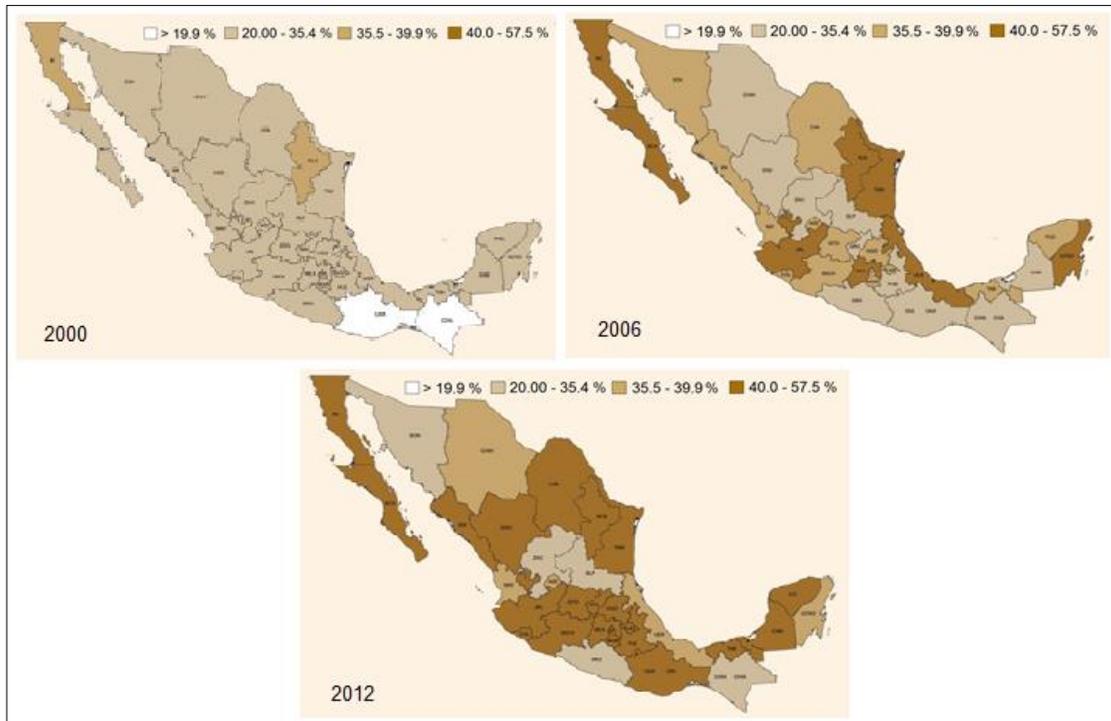


Figura 5. Porcentaje de cesáreas de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

Fuente: <http://ensanut.insp.mx/informes.php>

Debido a esto, es que en la actualidad el gobierno se ha visto obligado a buscar alternativas para solucionar dicha problemática, reportando en julio del 2014 por parte de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) del Distrito Federal, el inicio de los trabajos a favor de la atención humanizada del parto, precisando el comienzo de espacios de diálogo para la construcción de propuestas legislativas a nivel local, que permitan a las mujeres ejercer sus derechos humanos en los servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio.

Por supuesto que en México aún existe mucho camino por recorrer en este sentido, sin embargo, la experiencia y modo de llevar a cabo el nacimiento no sólo dependen de la situación política y económica, sino también del contexto social y cultural de cada persona, su estilo de vida, deseos, preocupaciones y significados alrededor del parto, además de lo que conciben como parte de la maternidad,

paternidad y los roles que deben cumplir como mujeres y hombres de acuerdo a sus creencias, lo cual se expondrá a detalle en el siguiente capítulo.

ROLES DE MADRE Y PADRE

La forma en la que se ha venido modificando la atención del parto en los últimos años, no sólo es un reflejo de la evolución tecnológica y científica en el área, sino también es parte de una transformación en valores y actitudes dentro de la misma población, que traspasan e influyen diversos ámbitos de la vida cotidiana.

La sociedad y la cultura se encuentran inmersas prácticamente en cualquier aspecto que concierna al ser humano, gustos, metas, aspiraciones o preocupaciones, forman parte de su construcción como individuo y él mismo de manera relacional es parte de su construcción mediante determinados consensos sociales, los que determinan ciertos patrones de conducta y valores en los que le es posible adecuarse.

El parto es sólo un ejemplo entre las muchas áreas en las que es posible encontrar dichos patrones, los hay también en el área de la salud o la sexualidad, y cada persona tiene que aprender a negociar su participación, reconstruyendo diversos sistemas de significados entre los distintos contextos en los que se desenvuelve, de tal forma que el embarazo y el parto se encuentran relacionados a su vez con los significados de maternidad y paternidad, mismos que a su vez, se encuentran influenciados por los de masculinidad y femineidad, lo que implica un muy amplio abanico de posibilidades entre lo que cada pareja busca en un momento de su vida para elegir el mejor método de alumbramiento.

A continuación se expondrá brevemente, en qué han consistido los significados tradicionales que han encasillado a hombres y mujeres en patrones de conducta determinados, demostrando cómo éstos se han visto modificados con el paso del tiempo, dando como resultado distintos medios de participación y roles en maternidad y paternidad.

Nieri (2012) explica que desde los orígenes de la humanidad, han existido diferentes conjuntos de creencias respecto a las características que se han creído apropiadas tanto para hombres, como mujeres, desarrollando estereotipos que clasifican lo adecuado para cada sexo. Sin embargo, para Guzmán (1993), el sexo

biológico no es lo que determina todo, ya que los roles sexuales se refieren únicamente a aquellos procesos que se encuentran ligados con nuestras características biológicas, como la menstruación o la eyaculación, aunque éstos se encuentran igualmente influenciados por actitudes, normas y valores culturales, sexo y género se encuentran combinados en sistemas de significados que canalizan a hombres y mujeres hacia roles de género en específico, resultando en aquellas expectativas creadas en torno de lo masculino y femenino, que tienen alcance en los roles familiares, ocupacionales y políticos de cada sexo.

Así es como la masculinidad y femineidad son construcciones sociales que resultan de diversos factores como la familia, la escuela, los medios de comunicación, la religión, etcétera, por lo que de la misma manera, la paternidad y maternidad se consideran fenómenos culturales, sociales y subjetivos entre los individuos de un mismo contexto sociocultural y en diferentes momentos históricos (Aguilar, Valdez, González-Arratia & González, 2013, Herrera, 2000).

En ocasiones los estereotipos son ideas con una visión muy reduccionista y por lo tanto son falsas, ya que no pueden ser definitorias de algún grupo de personas (Vázquez, 1994). Dichos estereotipos sexuales son muy enjuiciadores, puesto que en ocasiones a las mujeres se les refiere como siempre amables, ilógicas, nerviosas, histéricas, caprichosas y volubles. En cuanto a los hombres, se les ha considerado como activos, seguros de sí mismos, competitivos, independientes y dominantes, cuando ciertamente, dichas características las pueden tener tanto hombres como mujeres.

Respecto a esto, Limón (2005) refiere que en nuestra comunidad se ha dado una especie de “patriarcado” en la estructura social jerárquica, en la cual los hombres han dominado a las mujeres, llegando a extenderse a otras esferas como el matrimonio, la crianza de los hijos o la sexualidad, lo que evidentemente tiene un impacto sobre los roles de maternidad y paternidad.

Hasta hace algunos años, las familias tenían un modo de pensar muy particular, puesto que la madre tenía la labor exclusiva de la crianza de los hijos, era una época en la que la mayoría de las mujeres aspiraban a terminar sus estudios, los cuales eran muy limitados, e inmediatamente esperaban casarse y formar una familia (Clarke & Massay, 2006), mientras que el padre tenía el rol de proveedor, colocándolo en un espacio público que lo alejaba en muchas ocasiones de su vida reproductiva, desde la toma de decisiones hasta la participación en la crianza, lo cual tuvo implicaciones no sólo en las estructuras familiares sino en las políticas y sociales, ya que se asignaron espacios y prácticas con poderes diferenciales y desiguales a los géneros (Velázquez, 2004).

Nava (1996), quien llevó a cabo un estudio sobre los hombres como padres en la ciudad de México, encontró que la mayoría se ubicaban como jefes de familia en cuanto al nivel de autoridad y representatividad social, manteniendo la idea de percibirse como proveedores económicos y protectores de su cónyuge e hijos, mientras que fueron pocos los hombres que manifestaron incorporarse al apoyo emocional y afectivo. Aunque en el mismo año, Hernández (1996) manifestó en su investigación que la paternidad implicaba un proceso de construcción con la pareja, que cuando era procurado por ambos miembros, su participación resultaba ser más solidaria en el cuidado, atención y crianza de los hijos.

Con la incorporación de la mujer en el mercado laboral a principios de la década de los 70's, los roles tradicionales se vieron modificados. La figura del padre se vió paulatinamente modificada, adoptando un papel más activo desde el proceso de gestación, mientras que para las mujeres comenzó a prevalecer la idea de terminar una carrera universitaria, esperar a establecerse económicamente, crecer profesionalmente y entonces pensar en comenzar una familia (Nieri, 2012, Oiberman, 2004).

Actualmente, en muchos contextos sociales las mujeres no sólo tienen la posibilidad de trabajar, sino de obtener puestos gerenciales, estudiar y obtener posgrados, decidir si aceptan o no la maternidad, y de aceptarla, eligen el

momento apropiado y si serán o no las únicas encargadas en la crianza de los hijos (Aguilar et. al, 2013).

Dicha transición puede tener efectos desequilibrantes, pero también puede movilizarnos hacia la búsqueda de interpretaciones alternativas que nos permitan tener relaciones más respetuosas y equitativas (Limón, 2005). Vázquez (1994) en este sentido habla de que el hombre se ha reconciliado consigo mismo profundizando en la transformación de su identidad, un salto que implica el cuestionamiento de su virilidad ancestral, la aceptación de su femineidad temida y la invención de otra masculinidad compatible con ella, la construcción discursiva, social e histórica de la nueva masculinidad; lo cual es posible porque la masculinidad no se encuentra en el código genético de los varones, es un proceso evolutivo y cambiante que se constituye socialmente.

Sin embargo, esto ha ido cambiando a través del tiempo y ha llevado a que los roles sean cada vez más compartidos y menos rígidos. Un ejemplo de esto fue el ingreso de la madre al sistema laboral, así como el aplazamiento del matrimonio para dar prioridad al desarrollo profesional y personal antes de formar una familia (Torres & Vera, 2006).

También la paternidad ha cambiado para adaptarse a los nuevos sistemas de valores, según las expectativas, la cultura, las necesidades económicas y las propias experiencias de los hombres como padres e hijos, evidenciando la apropiación de nuevos roles en compromiso con su pareja, familia y consigo mismos, dejando a un lado el rol estereotipado, lo que les permite participar en los cuidados de sus hijos sin entrar en conflicto con su virilidad.

Entre las características que se han encontrado en los nuevos roles de paternidad, se ha encontrado que el padre comparte más tiempo con sus hijos, realizando actividades de manera conjunta, la posibilidad que existe para el hijo de interactuar con su padre desde el plano emocional y la “nueva” responsabilidad que el padre asume en las tareas de cuidado, apoyo y protección (Nieri, 2012).

Sin embargo insistimos en la confluencia de posibilidades. En un estudio

realizado por Velázquez (2004), se encontró que los hombres de mayor edad y con menor nivel educativo son quienes asumen comportamientos y roles enmarcados en lo tradicional, donde no establecen una comunicación o acuerdo con la pareja en las decisiones reproductivas y se muestran distantes y ajenos a los procesos de embarazo, parto y crianza por considerarlos propios de las mujeres.

Rojas (citado en Velázquez, 2004) analizó los cambios del ejercicio de la paternidad en México con varones que tuvieran un nivel educativo alto, y encontró que adoptan más fácilmente modelos de comportamiento modernos, los cuales están relacionados con una mayor participación en las decisiones reproductivas, en donde comparten de manera cercana los eventos de embarazo, parto y crianza de sus hijos.

Porque es importante recordar que cuando hablamos de parto y embarazo se tiende a limitar la presencia del varón u olvidarse de su atención, sin embargo, él experimenta la misma combinación de sensaciones y sentimientos que la madre, por lo que es importante tomarlo en cuenta durante el proceso, mantenerlo informado y permitirle formar una red de apoyo a su alrededor que le brinde mayor seguridad y fortaleza durante la transición (Clarke & Massay, 2006).

Es comprensible que actualmente algunos padres se sientan incómodos con su participación en el nacimiento, ya que durante muchos años, de acuerdo a las tradiciones de diversas culturas, el parto se efectuó entre mujeres, sin embargo, en los últimos años se ha potenciado la participación del padre en diversos aspectos, filosofía que responde en gran parte a las modificaciones en los nuevos valores culturales, en los cuales la paternidad se ha convertido en un elemento esencial para la realización masculina, al apoyar emocionalmente a su pareja y proveer los primeros cuidados a su hijo recién nacido (Luque & Oliver, 2005).

Hoy en día los hombres se interesan más por el proceso previo al alumbramiento y se preocupan por mantenerse informados para apoyar de una

mejor forma a su pareja, incluso ha aumentado la venta de libros dirigidos exclusivamente a esta población, lo que habla de una evidente transformación en los roles y preocupaciones tanto de hombres como mujeres al formar sus propias familias.

Respecto al apoyo y participación del varón durante el parto, se han reportado casos en los que el apoyo emocional del marido durante el embarazo contribuye a que su esposa se adapte satisfactoriamente a su condición, asociando la presencia del marido durante el parto y a una menor necesidad de medicamentos analgésicos, teniendo a su vez una experiencia más positiva (Nieri, 2012).

Lo anterior nos muestra nuevamente la importancia de considerar los distintos escenarios culturales, lo que nos lleva a su vez a apreciar la gran diversidad de posibilidades de significar lo masculino y lo femenino, las posibilidades de ejercer la maternidad y la paternidad, y con todo ello, las decisiones frente a la elección del parto medicalizado vs el parto humanizado, por lo que las principales características de estos se abordarán a continuación.

DESCRIPCIÓN Y VIVENCIAS DEL PARTO MEDICALIZADO

Como ya se ha mencionado en capítulos anteriores, en sus inicios el parto se desarrolló de manera tradicional en el ámbito familiar, contexto en el que se vivía una experiencia más personal dentro de los hogares, con mayor grado de autonomía y con el soporte y apoyo proporcionado por la familia, lo cual a partir del siglo XX comenzó a modificarse como producto de diversos movimientos sociales, lo que paulatinamente llevó a la preponderancia de la atención perinatal en los hospitales.

A partir de entonces, el parto se constituyó en un aspecto más de la salud dentro de la medicina moderna, adicionando nuevas funciones de control y normalización, que entre otras justificaciones, esperaban bajar los índices de mortalidad materna, lo cual según González, Saucedo y Santa Ana (2010) mencionan, no ocurrió como se esperaba, aunque sí elevó el índice de otro tipo de prácticas como la cesárea, situación que particularmente para México representó a la postre una de sus más grandes problemáticas a principios de este siglo.

La excesiva medicalización del parto ha sido uno de los mayores debates, resultado de la modernización de la atención perinatal, modelo que ya ha sido ampliamente cuestionado por ciertos sectores, debido al uso indiscriminado de prácticas médicas de control institucional que limitan o evitan que la mujer pueda expresar sus preocupaciones y llevar a cabo un alumbramiento de manera más participativa y personalizada.

Es por esto que durante este capítulo se abordará cómo se ha llevado a cabo el proceso de medicalización del parto, a qué se le conoce hoy en día como un parto medicalizado, las ventajas o desventajas que puede traer, así como algunas investigaciones realizadas acerca de las experiencias de los participantes en un alumbramiento bajo estas características, lo que nos brindará un panorama general acerca de los significados construidos en esta modalidad, así como las

formas de percibir la realidad a partir de dichas construcciones.

Entre los cambios que trajo dicha promesa de modernización, estuvieron los avances en cuanto a ciencia y tecnología, que fueron el escenario perfecto para el surgimiento de un discurso sobre la salud basado en valores culturales renovados, los cuales sugerían superar las prácticas tradicionales para dar paso a la innovación. Sin embargo, la modernidad también trajo algunas consecuencias, ya que de acuerdo con Wargen (2006) hasta finales del siglo XIX todos los partos eran de carácter humanizado, y en general el respeto por la naturaleza y la cultura se encontraba presente, lo cual se vió desplazado gradualmente con las nuevas prácticas.

Con ello, durante los últimos años nuestra sociedad se ha vuelto totalmente dependiente del sistema médico, acostumbrándonos a delegar los cuidados de la salud y las enfermedades a las instituciones, iniciando un proceso de medicalización en el que la formación “científica” comenzó a desplazar a la medicina humanista que había prevalecido durante épocas (Carmona, 2007), generando nuevos saberes que se legitimaron en el lenguaje biomédico, construyendo nuevas realidades que delinearon los discursos y líneas políticas dentro de las instituciones de salud.

En este sentido, Rodríguez (2008) menciona que este tipo de discursos se han visto influenciados en gran parte por la cultura occidental, que ha brindado al personal de salud la autoridad de definir lo que es saludable y adecuado en distintas esferas de nuestra vida, depositando en el médico el rol de poseedor del conocimiento, quien en la mayoría de los casos toma decisiones que el paciente debe seguir sin cuestionar, siendo las instituciones de salud quienes vigilan el cumplimiento de dichas condiciones.

Prevaleciendo este tipo de creencias en el ámbito de la salud, no es de extrañarse entonces que las mismas circunstancias se hayan visto reflejadas en el momento del parto, situación que lo ha convertido en un hecho individual, solitario, controlado por los médicos o diversos especialistas, y en donde el punto de vista

de las mujeres y sus acompañantes cuenta muy poco, limitando sus opiniones o deseos, especialmente en los servicios públicos de salud que se encuentran estructurados por ciertos procedimientos o protocolos.

Desde el aspecto biomédico, el trasladar el parto al ambiente hospitalario inicialmente representó un avance en cuanto a la protección de la madre y su hijo, ya que de esta forma se pudieron atender partos de alto riesgo y casos de emergencia; posteriormente se percataron de que los partos controlados eran más rápidos, además de resultar más cómodos durante su atención para los profesionales, por lo que comenzaron a ofertarlos como la mejor opción durante décadas, aunque esto trajo otro tipo de consecuencias que con el tiempo modificaron totalmente las formas de parir. Al implementar la oxitocina en las mujeres parturientas, las contracciones se volvieron más dolorosas y se comenzó a administrar entonces la analgesia epidural para ofrecer un parto sin dolor, desde luego, esto también disminuyó la movilidad de la mujer y la fuerza de pujo, lo que llevó a aumentar el tiempo de periodo expulsivo, y con esto, las intervenciones médicas también, dejando de lado el estado natural y transitorio que en sí representaba el parto (Carmona, 2007).

Todas estas intervenciones médicas, se comenzaron a llevar a cabo como si el parto fuera una enfermedad aguda, lo que evidentemente influyó en la formación de significados en torno al parto, los cuales comenzaron a alejarse de la percepción del parto como un acto fisiológico, para entenderse entonces como si fuera un estado de alto riesgo, inmerso en diversos malestares que sólo pueden ser controlados y atendidos por medio de procedimientos médicos y quirúrgicos.

Con lo anterior no se pretende desprestigiar o emitir juicios de valor hacia el personal médico y sus procedimientos, simplemente nuestro propósito es exponer cómo se ha modificado con el paso del tiempo la atención del parto y qué tipo de construcciones sociales y sistemas de creencias se han generado en torno al mismo, aunque las estadísticas y diversas investigaciones ya han apuntado a una serie de excesos en la práctica médica, de lo cual ha surgido el concepto de “parto medicalizado”.

De acuerdo a Luján (2013), se ha denominado parto medicalizado a la asistencia guiada por procedimientos médicos, practicados por rutina y realizados a mujeres embarazadas sanas, quienes no presentan un parto con riesgo elevado tanto para ellas como para sus bebés, lo que quiere decir que cuando se habla de un parto medicalizado no se refiere únicamente al uso de dichos procedimientos, sino el recurrir a ellos sin una evidente justificación.

Entre los procedimientos que el autor refiere han sido utilizados por rutina se encuentran los siguientes:

- Rasurado de pubis y enema evacuante.
- Conducción farmacológica de las contracciones.
- Limitación en la movilidad de la mujer.
- Monitoreo electrónico permanente de los latidos cardíacos del niño por nacer.
- Ruptura artificial del saco amniótico.
- Anestesia epidural de rutina.
- Período expulsivo en sala de partos, acostada y con las piernas elevadas y sujetas en estribos (posición de litotomía).
- Cesáreas programadas e injustificadas.
- Corte sistemático de la vulva (episiotomía).
- Uso de fórceps.
- Inmediata ligadura del cordón umbilical y separación del recién nacido de la vista y el contacto con la madre.

De entre esta lista de procedimientos, es importante también resaltar que algunos han prevenido otro tipo de complicaciones durante el parto, como desgarros, hemorragias, problemas respiratorios, sufrimiento fetal, entre otros, siendo de gran utilidad su aplicación en diversos casos de emergencia. Sin

embargo, desde la perspectiva en que se concibe en la actualidad al parto medicalizado, estos casos no son los que contemplan, sino sólo aquellos en los que son utilizados más por comodidad, protocolo o beneficio económico, sin ninguna justificación médica o científica, muchas veces a pesar e incluso en contra de los deseos o peticiones de la madre y su pareja o acompañante.

Hasta aquí ya se han expuesto diversos factores que han propiciado una mayor medicalización en el parto, aunque en realidad no se puede elegir a uno solo como determinante, para García, Moncayo y Sánchez (2012), uno de los factores que ha tenido mayor peso en nuestro país es la educación y la forma de concebir el parto desde el aspecto biomédico, lo cual dista bastante de lo que lo que las parteras venían practicando y comunicando de generación en generación. Desde dicho enfoque, según los autores, el parto es entendido como un evento biológico que requiere de vigilancia médica constante para evitar cualquier complicación, por lo que la atención se dirige principalmente a detectar riesgos mediante la consulta médica y a recabar datos por medio de revisiones y la realización de diversos estudios.

Una vez que la mujer se encuentra en labor de parto, los protocolos tanto en hospitales públicos como privados, suelen ser muy estrictos, dejando muy pocas decisiones a las mujeres y siguiendo en la mayoría de los casos determinados pasos que se realizan de manera automática. En palabras de Lugones y Ramírez (2012), durante la atención hospitalaria por parte de personal especializado, generalmente predomina la pasividad y sobre todo la posición horizontal, ya que resulta complicado que permitan el libre movimiento de la parturienta, además de que una de las posiciones mayormente utilizadas durante el proceso de parto es la de litotomía (Figura 6), ya sea por comodidad del médico o por la falta de adecuación en las instalaciones, lo que dificulta aún más la atención del parto bajo nuevas condiciones.

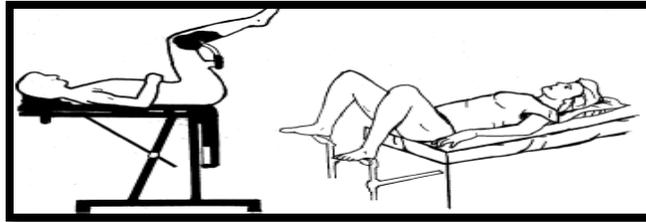


Figura 6. Posición de litotomía o ginecológica.

Fuente: <http://nursemagica.blogspot.mx/2012/07/posiciones-del-paciente.html>

Cabe señalar, que la introducción de avances tecnológicos, por sí mismos, no resultan perjudiciales, ya que su uso puede proporcionar a las parejas mayor seguridad cuando desde el embarazo han presentado complicaciones. Lo que no necesariamente debería implicar una deshumanización en la asistencia, sin embargo, el riesgo de mortalidad puede prevalecer cuando no se recurre a la asistencia tecnológica bajo las condiciones estrictamente necesarias, situación que a su vez se agrava, cuando la atención se vuelve rutinaria y despersonalizada (Goberna, Palacio, Banús & Sáncho, 2008 & Morláns, 2011).

Hasta el momento, parecen existir múltiples argumentos científicos que apuntan a que la práctica médica en exceso en vez de resultar benéfica llega a ser perjudicial, ya que la realización de diversos procedimientos, como el enema, la amniotomía sistemática (romper de forma intencional el saco de líquido amniótico), la realización de la episiotomía o la monitorización continua, no mejora los resultados obstétricos ni el bienestar fetal, al contrario, pueden provocar otro tipo de complicaciones que hagan más difícil el periodo de expulsión, aumentando en algunos casos la incidencia de cesáreas. Esto sin olvidar que la propia OMS ha señalado que las complicaciones más comunes se deben al uso inapropiado de la tecnología y los medicamentos, los cuales son característicos de las prácticas rutinarias durante la atención biomédica (Carmona, 2007).

Entre las complicaciones que se pueden desencadenar de dichas prácticas, García et al. (2012) menciona que la posición de litotomía podría favorecer la aparición de desgarros perineales, además de tener efectos negativos sobre la ventilación pulmonar y la presión sanguínea de la madre; del rasurado del vello

público se puede incrementar el riesgo de infección al producirse pequeñas laceraciones, mismas complicaciones que podrían producirse durante la cicatrización de las heridas de la cesárea, al existir la posibilidad de infección o de que se abran de manera espontánea provocando hemorragias y ruptura uterina, mientras que la inducción química del parto puede ocasionar hemorragia intracraneal, espasmos uterinos con posible separación prematura de la placenta, laceraciones en el canal de parto y ruptura uterina.

En respuesta a lo anterior, la OMS ha determinado una serie de indicaciones características de una buena práctica obstétrica (Tabla 2), sin embargo, esto aún no se ha aplicado en su totalidad, realizándose aún en la actualidad diversos procedimientos contraindicados en dicha propuesta.

Tabla 2. Descripción de los índices de la buena práctica obstétrica.

Índices de la buena práctica obstétrica propuestos por la OMS	
<i>Prácticas favorables al ingreso</i>	<p>Encuentro inicial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación de riesgos del embarazo durante el cuidado prenatal y reevaluación del mismo en cada encuentro. ▪ Monitoreo permanente del bienestar físico y emocional en trabajo de parto, nacimiento y después del parto. ▪ Informar y explicar a la paciente tanto como requiera. ▪ Utilización de métodos no invasivos y no farmacológicos para controlar el dolor, como masaje y técnicas de relajación.
<i>Prácticas favorables durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato.</i>	<p>En el trabajo de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ofrecimiento de hidratación oral. ▪ Utilización de métodos no farmacológicos para el control del dolor. ▪ Libertad de movimiento en el trabajo de parto y de la posición de la madre durante el parto.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de partograma (Representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto). <p>En el parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoción de posiciones no-supinas (horizontales). ▪ Contacto temprano piel a piel entre la madre y el bebé. <p>En la tercera etapa</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tracción del cordón umbilical. ▪ Uso de oxitocina inmediata en el posparto.
<i>Eliminación de las prácticas que resulten perjudiciales e ineficaces.</i>	<p>Primera etapa de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso sistémico de agentes para el control del dolor. ▪ Uso rutinario de anestesia epidural. ▪ Ayuno. ▪ Enema. ▪ Tricotomía (Afeitar el vello púbico). ▪ Aplicación profiláctica de soluciones intravenosas. ▪ Administración no controlada de oxitocina antes del nacimiento. ▪ Limpieza de cavidad uterina después del nacimiento.
<i>Resultados obstétricos favorables.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apgar a los cinco minutos mayor a 7. ▪ Peso mayor a 2500 gr y menos a 4000 gr. ▪ No requerir incubadora.
<i>Resultados neonatales favorables.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicación de vitamina K al recién nacido. ▪ Antibiótico en los ojos del recién nacido. ▪ Amamantamiento al seno durante la primera hora del nacimiento.

Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública (2011).

Debido a lo anterior es que en los últimos años ha surgido también el interés por conocer la experiencia de las parturientas y sus acompañantes durante

y después de un parto medicalizado, brindando especial atención a distintos factores asociados como la sensación de dolor, estrés, el nivel de satisfacción y autonomía, entre otros.

De manera global, se ha encontrado que la experiencia de mujeres y parejas atendidas con mayores intervenciones instrumentales, se ha caracterizado por diversas vivencias negativas, que en su mayoría justifican posteriormente por el aspecto positivo de conocer a su bebé y que se encuentre sano, aunque éstos a su vez presentan mayores niveles de ansiedad comparados con otros tipos de parto, sin contar con que a los padres es común se les deje en un segundo plano, dificultando su acercamiento durante el nacimiento (Morlans, 2011).

En relación a este punto, García, Díaz y Acosta (2013) realizaron una investigación a 36 mujeres cubanas y 10 de sus acompañantes, quienes se encontraron en un contexto hospitalario bajo numerosas intervenciones médicas, en el que las mujeres estaban alejadas de sus redes de apoyo y la relación con sus médicos se dió de manera desigual, de tal forma que las mujeres sólo siguieron las órdenes del personal, mientras el hospital determinó por quién y cuándo eran acompañadas por alguno de sus familiares o pareja.

Bajo estas condiciones, las parturientas expresaron que prefirieron obedecer al personal a pesar de que los procedimientos estuvieran fuera de sus deseos o que las exploraciones se realizaran en presencia de personal ajeno, ya que así no eran cuestionadas o censuradas por los médicos, quienes en muchas ocasiones no les explicaban sobre los procedimientos, a menos que ellas preguntaran, o bien se guiaban únicamente por los datos expuestos en los monitores o las exploraciones, sin hacer preguntas sobre lo que ellas percibían o querían.

Durante el momento del parto, a todas les indicaron que se acomodaran en la posición de litotomía, y aunque existieron mujeres que desearon acomodarse de distinta forma, no se atrevieron a pedirlo por la guía de los propios médicos a adoptar dicha posición, además de que no les fue permitido mantener como

acompañante a su pareja, lo que las hizo sentirse aún más vulnerables y sin apoyo.

Goberna et al. (2008) por su parte, realizó un estudio con un grupo de mujeres españolas que fueron atendidas tanto en instituciones públicas como privadas, observando que en general, sus experiencias y relatos podían encontrarse influenciados por su visión respecto a la tecnología sanitaria, encontrando que dicha característica podía ser un factor relevante incluso en la sensación del dolor, presentándose un abanico muy amplio de opiniones, que iban desde aquéllas que lo experimentaron como una vivencia gratificante al ser conscientes de la venida de sus hijos, hasta aquéllas que inmediatamente pidieron la epidural como medio para evitar cualquier tipo de dolor.

Por otra parte, se observó que en su mayoría las mujeres tuvieron una valoración positiva ante la tecnología sanitaria, ya que aseguraron que esto les proporcionó tranquilidad y seguridad ante las complicaciones, aunque aceptaron que existió una gran diferencia entre la excelencia técnica y la bondad de carácter por parte del personal.

Con los anteriores resultados, los autores destacan que en general, la tecnología y el uso de los procedimientos médicos no tendrían por qué resultar en una deshumanización del parto. Sin embargo, también reconocen que aquellas mujeres que se sienten capaces de afrontar con éxito su propio proceso, lo vivencian y manejan de manera más positiva, tranquila y responsable, siendo completamente partícipes en la toma de decisiones y aprovechando al máximo los conocimientos y recursos del sistema sanitario, lo cual no significa volverse dependientes de la tecnología, ni de los profesionales.

Con lo anterior, se puede apreciar que uno de los elementos que ha tenido mayor impacto sobre la vivencia del parto son las expectativas respecto al mismo, lo cual Vena, Puertas de la Luz y Revolo (2013) exploraron en un grupo de gestantes españolas de bajo riesgo, quienes en su mayoría expresaron que esperaban ser dirigidas por los profesionales, debido a que en el ámbito médico ya

todo se encuentra protocolizado, resaltando que la información que generalmente se brinda es escasa o poco clara, tanto para ellas como para sus acompañantes.

Además, estas mujeres mencionaron que dentro de sus principales preocupaciones se encontraban el miedo ante las posibles complicaciones y al dolor que sentirían durante el trabajo de parto, resaltando que no contaban con la información necesaria respecto a las posturas que podían adoptar, comentando que les gustaría que se les orientara más sobre las opciones que tenían, sin considerar únicamente la comodidad del profesional.

Finalmente, se observó que dentro del grupo de mujeres la falta de información se relacionó directamente con actitudes más conservadoras alrededor del parto, generando entre la población un gran interés por la idea de tener un alumbramiento menos medicalizado, por lo que los autores resaltan es imprescindible que las parejas realicen un plan de parto, en el que formalicen sus deseos e indiquen las opciones de atención tanto para la mujer como para sus acompañantes.

En contraparte a las investigaciones alrededor de la experiencia durante un parto medicalizado, también se han realizado muchas otras a lo largo de Latinoamérica y Europa, para conocer cómo es que se llevan a cabo otros tipos de parto en clínicas, casas de parto o el propio hogar, demostrando que cuando el parto transcurre en un lugar acogedor, donde la mujer y su familia se sienten cómodas y pueden decidir sobre el curso de los eventos, hay menos complicaciones durante el proceso de parto, lo que a su vez comenzó a generar el debate sobre la necesidad de humanizar el parto (García et al., 2013).

En la actualidad, en nuestro país y aunque aún de manera incipiente, el parto humanizado ya es una opción al alcance de quienes pueden contratarlo € el sector privado, mientras que en el sector público ya se empieza a presentar como parte de una de sus propuestas. Es por esto que en el siguiente capítulo se abordarán con mayor detalle las características de esta nueva perspectiva, aunadas al tipo de experiencias resultantes de esta modalidad de parto.

DESCRIPCIÓN Y VIVENCIAS DEL PARTO HUMANIZADO

Tal como se mencionó en el capítulo anterior, en la actualidad ya existen diversas alternativas que se ofrecen en contraparte a la vivencia de un parto medicalizado y al uso desmesurado de diversas técnicas médicas. Los partos en casa o en agua, bajo la supervisión de una partera y/o educadora perinatal, son sólo algunas de las opciones que han surgido como parte del movimiento mundial en búsqueda de la humanización del parto, situación que incluso ha sido respaldada por la OMS, promoviendo su atención de manera integral y adecuando los procedimientos al contexto cultural de las gestantes.

De la misma forma, las madres y padres han comenzado a reclamar otro tipo de atención en los paritorios, tratando de regresar en algunos aspectos a la fisiología normal del trabajo de parto y haciéndose escuchar en todo momento, negociando y externando sus preocupaciones, dudas y deseos, aún en situaciones adversas.

Debido a lo anterior es que durante este capítulo se ha considerado importante exponer cómo es que se ha llegado al concepto de “parto humanizado”, ahondar en las características que lo definen, en los beneficios o consecuencias que este tipo de visión puede traer, y finalmente mostrar el tipo de vivencias que se han estudiado bajo este enfoque. Todo esto con la finalidad de entender qué tipo de factores pueden verse relacionados al optar por esta modalidad, así como el proceso de construcción de significados y creencias resultante de la misma.

En la década de los ochentas, la OMS comenzó a revisar el modelo biomédico de atención durante el parto y nacimiento, debido al hecho de que su medicalización no respetaba los derechos de las mujeres, ni tenía en cuenta sus necesidades y expectativas, por lo que realizó cambios en el tipo de recomendaciones que se hacían durante el momento del parto, y empezó a considerar una atención más holística e integral, percibiendo a la mujer como

persona y teniendo en cuenta diversos factores como los familiares, psicológicos, sociales, ecológicos y espirituales.

Posteriormente, a principios de los años noventa, distintos grupos sociales comenzaron a proponer la “devolución” del parto a la mujer, a su familia y al bebé, contando con diversos argumentos científicos que defendían la idea de que existía una excesiva medicalización del parto que incluso llegaba a ser iatrogénica, ya que, en su propósito por mejorar la seguridad del parto y el nacimiento, se intervenía con numerosas tecnologías, medicamentos y procedimientos que hacían del parto un hecho despersonalizado, lo que a su vez propiciaba abusos físicos, emocionales y psicológicos que repercutían de manera desfavorable en la experiencia de la madre y su familia (Carmona, 2007).

Gracias a este proceso de cambio, fue entonces que se cuestionaron acciones y actitudes que se habían vuelto rutinarias y fuera de la evidencia científica, comenzando con la denominada “humanización del parto”, que puso en manifiesto la necesidad de un papel más activo de la mujer y sus familiares.

De acuerdo a Arnau et al. (2012), el término de parto humanizado se contempla que fue utilizado por primera vez en el año 2000 en Ceará, Brasil, como parte del Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento, en el que se expusieron como base dos aspectos fundamentales en el parto humanizado. El primero respecto a adoptar una actitud ética al recibir y atender con dignidad y calidez a las mujeres, sus familiares y al recién nacido, mientras que el segundo se refería a la adopción de medidas y procedimientos que fueran beneficiosos para el acompañamiento del parto y nacimiento, contribuyendo a aumentar su grado de satisfacción y evitando prácticas intervencionistas que fueran en contra de los deseos y necesidades de la mujer.

De esta forma surgió el parto humanizado, el cual se encuentra regido por ciertas características muy particulares. Según Freyermuth y Sesia (2009), las propuestas de este tipo de perspectiva son construir una visión del embarazo y el parto en la que se les considere como procesos fisiológicos para los que el cuerpo

femenino se encuentra capacitado y preparado; ya que de acuerdo con Bravo, Uribe y Contreras (2008), en los dos últimos siglos los médicos han querido “tecnocratizar” el parto, ignorando en gran medida el vínculo simbólico que conlleva esta vivencia, ya que las herramientas médicas se deberían de utilizar como métodos alternativos para salvar vidas y en casos muy particulares; y sobre todo, que la experiencia del parto sea respetuosa y satisfactoria para todas las personas involucradas en dicho proceso. Esto quiere decir que no sólo se considera a la madre, sino también al bebé y a todas las personas significativas con las que se creen vínculos de apoyo y solidaridad.

Además de entender desde este enfoque que el control del proceso lo tiene la mujer, no el equipo de salud, el cual requiere de una actitud respetuosa, cuidadosa, de calidad y calidez de atención, y estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta, que represente un apoyo afectivo emocional (Pujadas, Oviedo, Montero & Pineda, 2011).

En el parto humanizado se defiende de manera importante la idea de permitir a la mujer decidir por quién quiere ser acompañada y el tipo de rol que dicha persona fungirá durante el parto; generalmente se piensa en la pareja, aunque este derecho se refiere a garantizar el acompañamiento de cualquier persona que la mujer elija (Morláns, 2011). Asimismo, Baranchuk (2000) comenta que la humanización del parto es un conjunto de actividades en el ámbito de la salud, los cuales tienen como finalidad mejorar la relación entre los padres y su bebé, brindando cuidados y respetando las decisiones que no lleguen a atentar contra la salud de los involucrados.

Antacle et al. (2006) respecto a este punto menciona que es importante que los familiares o las personas que la madre decida, lleguen a tener un protagonismo al momento del parto, puesto que parten de la idea de que los miembros de la familia son una parte fundamental en el cuidado de la mujer y el recién nacido, por lo cual, se debe dar información a la familia para saber la manera en que pueden participar dentro del parto.

Hoy en día, además, existen distintos profesionales o personas especializadas que realizan un acompañamiento y/o brindan atenciones durante el parto a las mujeres y sus familias, como las parteras/matronas, educadoras perinatales o doulas, quienes se caracterizan por tener experiencia en nacimientos y ofrecer apoyo individualizado según las circunstancias y preferencias emocionales y físicas, lo cual resulta fundamental para el fortalecimiento de las redes de apoyo y un mejor afrontamiento (Márquez, 2011).

Bravo, Uribe y Contreras (2008) mencionan que la relación que se llega a establecer entre una mujer y su partera/matrona puede ser un punto de apoyo muy importante durante el proceso de parto, ya que la empatía que se genera y el acompañamiento que se da desde un inicio es altamente significativo. De la misma forma en que Flores y Olivares (2011) encontraron que la presencia de una doula puede reducir la duración de la labor de parto en forma significativa, lo cual tiene beneficios no sólo para la madre, sino también para el recién nacido.

Respecto a las dimensiones que un acompañamiento continuo y personalizado debe cumplir, Márquez (2011) menciona cuatro elementos: el apoyo informativo, el cual consiste en informar y aconsejar a las mujeres con una terminología adecuada; el apoyo físico o tangible, mediante el cual se ofrecen medidas que mejoren su comodidad; el apoyo emocional, con una asistencia empática, amable y paciente; y la representación, que se basa en ayudar a que la mujer pueda expresar y comunicar sus decisiones y deseos a los demás.

De acuerdo a lo anterior, los lineamientos sugeridos que caracterizan a un parto humanizado, siempre y cuando la salud de la madre y el bebé lo permitan, son:

- Asistencia obstétrica basada en evidencia científica.
- Visión del parto como evento fisiológico, no patológico.
- Parto conducido por la mujer, que sigue tanto sus instintos como sus necesidades, permitiendo la libertad de movimiento.
- Apoyo empático durante el trabajo de parto por parte del personal de salud.

- Evitar el uso de analgésicos o anestésicos de manera rutinaria.
- Evitar la lavativa intestinal y el rasurado de vello púbico.
- Evitar la restricción de alimentos y líquidos durante el trabajo de parto.
- Propiciar la presencia del padre o algún otro acompañante que la madre elija.
- Mantener un control de luz y sonido en el centro obstétrico.
- Permitir la libre elección de la posición de la madre y evitar la divulsión o estiramiento del periné durante el periodo expulsivo.
- Recuperación conjunta obstétrica neonatal.
- Promoción de la lactancia materna.
- Menor permanencia en la institución hospitalaria.

En el caso específico de México, el humanizar el parto aún es una propuesta reciente en el Distrito Federal, sin existir aún documentos oficiales que indiquen la expansión de dicha iniciativa a otras partes de la República. Sin embargo, de acuerdo a lo indicado por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) en la Cartilla de Atención Humanizada al Parto, se expresa que aún cuando los procedimientos indicados para humanizar el parto no son lo usual en los hospitales públicos y privados de México, las mujeres tienen el derecho a exigirlos en el marco de los derechos humanos que implican una vida libre de violencia; además de que se encuentran plenamente respaldados por la evidencia científica avanzada.

Además, dentro de este marco de referencia, se hace notar que las mujeres, ya sea durante el embarazo, parto o postparto tienen derecho a:

1. Disfrutar del más alto nivel posible de salud física, mental y social, al recibir atención de calidad y calidez.
2. Ser tratadas sin discriminación alguna y estar libres de violencia física, psicológica o institucional, atendiendo a las necesidades y preferencias culturales de cada mujer con respeto.
3. Tomar decisiones libres e informadas sobre la atención que recibirán.

4. A su privacidad, sin exponerles frente a otras personas sin su autorización.

Específicamente en el momento del parto, la cartilla valida gran parte de las prácticas que hasta ahora se han expuesto como parte de un parto humanizado, destacando el hecho de que la pareja o la mujer podrá decidir el lugar del parto, con la posibilidad actualmente de recibir atención de calidad en el hogar, clínicas u hospitales, definir el destino de la placenta y respetar las prácticas culturales importantes para los padres.

En cuanto a las ventajas o desventajas de llevar a cabo este tipo de parto, se podría decir que hasta el momento prácticamente se conocen demasiadas ventajas y muy pocas complicaciones, aunque a continuación se podrá detallar de manera más precisa.

Dentro de esta perspectiva, una de sus características subraya el respeto por la libertad de movimiento, pues está demostrado que el caminar durante el periodo de dilatación mejora la calidad de las contracciones, disminuye el tiempo de parto y ayuda a que el dolor pueda ser más tolerable, además de que de esta forma, es mucho más sencillo para la parturienta encontrar una postura que le sea más cómoda, eligiendo cuál es la mejor para el momento de parir.

En cuanto a si ha sido un error o no el cambio de postura al momento de parir al de la forma horizontal, existen diversas investigaciones sobre las ventajas o beneficios que tienen el parir en posición vertical. En primera instancia, existe una mejor oxigenación tanto para la madre como para el bebé, pues el peso en conjunto de la placenta, el útero y el bebé dejan liberados los pulmones, lo que aumenta la capacidad de oxigenación y relajación. El efecto de gravedad también es un elemento importante, ya que favorece al acomodo del feto y su descenso por el canal del parto, disminuyendo la duración del parto y eliminando la necesidad de utilizar oxitocina, esto en conjunto reduce el riesgo de desgarros o de episiotomías; además de brindar a la madre beneficios psicoafectivos como

mayor seguridad, sensación de libertad, control y participación activa, brindándole un papel protagónico en el que ella es capaz de reducir la sensación de dolor y aumentar su nivel de satisfacción durante y después del parto (Vena et al., 2013).

Además de la posición vertical, existen otras opciones, como por ejemplo, la posición decúbito dorsal, la cual es muy utilizada en partos espontáneos, o la cuadrúpeda, la cual disminuye el dolor lumbar, sin embargo, no se puede hablar de una sola posición como la ideal, tal como lo refirió Engelmann al llevar a cabo un estudio observando a diversas mujeres durante el trabajo de parto. Según sus resultados, las mujeres no sólo eligieron una postura en específico, sino que la fueron modificando de acuerdo a sus necesidades y posibilidades, aunque en su mayoría evitaron la posición de litotomía (Lugones & Ramírez, 2012).

Debido a lo anterior, se ha demostrado que no existen posiciones definitivas, todas son buenas y válidas en determinada situación, ya que mientras una posición puede brindar beneficios y favorecer ciertos aspectos, en contraparte puede dificultar otros, lo que indica que lo ideal es aceptar todas como posibilidades y permitir que la mujer tenga libertad de movimiento tanto en el periodo de dilatación como en el de expulsión, recibiendo la información adecuada y teniendo la orientación de un especialista.

Por otra parte, el apoyo o soporte social ha sido otra de las principales variables que se han estudiado como una de las mayores ventajas en cuanto al afrontamiento del estrés. El parto en sí, es un hecho que desencadena una serie de emociones y sensaciones muy intensas, que van y vienen entre alegría, miedo, satisfacción, ansiedad, preocupación, etcétera, lo que evidentemente conlleva un nivel alto de tensión. En este sentido, la familia se convierte en parte fundamental del proceso brindando sentimientos de afecto, estima, tranquilidad, elogio, confianza y seguridad, lo que además es fortalecido con la ayuda práctica del acompañante elegido por la mujer, quien funge como elemento amortiguador, dando como consecuencia en las madres una mayor percepción de control durante el parto (Morláns, 2011).

Entre los beneficios del acompañamiento por una persona especializada, también se encuentra la reducción en la necesidad de medicación para el dolor, así como de partos instrumentados y cesáreas. Existen efectos positivos en el estado de ánimo, en el aumento de autocontrol y en la reducción de niveles de ansiedad y desesperación, mejorando de esta forma su percepción y vivencia del nacimiento.

Finalmente, quizá una de las mayores ventajas que tiene este tipo de parto, es el acceso y el fomento al uso de diversas fuentes de información, lo cual a su vez propicia el conocimiento de nuevas perspectivas y el cuestionamiento de ideas o significados predominantemente difundidos alrededor del parto. De acuerdo a Basso y Monticelli (2010), las parejas que tienen mayor información, así como la oportunidad de discutir con los profesionales previamente sus dudas, se encuentran en condiciones más seguras para tomar decisiones y apoyar en los procedimientos obstétricos durante el momento del parto, ya que esto les ayuda a sentirse más fortalecidos y más conscientes sobre los procedimientos médicos y las adversidades.

En cuanto a las desventajas, no es que existan como tales derivadas de la atención de un parto bajo esta perspectiva, pero sí existen condiciones que disminuyen la posibilidad de brindar una atención de forma humanizada, especialmente en nuestro país. Y una de las principales complicaciones deriva de las instalaciones de los servicios de salud y su organización, ya que en México existe un casi nulo uso de la psicoprofilaxis y los espacios suelen ser inadecuados para lograr una mejor atención.

Respecto al tipo de experiencias que se han estudiado en esta modalidad de parto, Morláns (2011) observó en una recopilación de investigaciones que realizó, que diversas gestantes encontraban una fuente de apoyo físico y psicológico con tan solo ver y escuchar a alguien conocido, aunque se sentían mucho mejor cuando esta persona era su pareja, pues su sola presencia ya representaba un elemento de alivio.

Asimismo, Márquez (2011) afirma que cuando una mujer evalúa su experiencia de parto, predominan cuatro factores fundamentales, la cantidad de apoyo de los cuidadores, la calidad en la relación con el personal, la participación en la toma de decisiones y el cumplimiento de sus expectativas. Es por eso que, respecto a la actitud hacia un parto más fisiológico, Vena y Revolo (2011) mencionan que al parecer, en los últimos años se ha presentado un mayor interés, aunque al mismo tiempo una falta de información que lleva a una postura más conservadora.

Aquellas mujeres que son acompañadas durante el momento del parto por la persona de su elección, suelen estar más satisfechas y contentas por el apoyo recibido, siendo el apoyo emocional más valorado que el físico o informativo (Márquez, 2011). Por otro lado, Flores y Olivares (2011) reafirman esta idea en un estudio realizado, en el que el 100% de las mujeres que habían tenido un acompañamiento previo con una persona capacitada podría iniciar labores de parto espontáneamente, mientras que las personas que no tenían un acompañante capacitado, sólo el 60% pudo lograr un parto sin necesidad de inducción.

Sin embargo, en algunas ocasiones el acompañamiento es difícil, ya que los padres no suelen mantener una actitud proactiva, ya que esperan a que los servicios de salud les asignen un espacio y les brinden las indicaciones necesarias para ser partícipes del momento. Sin embargo, demandan también atención directa por parte del personal, ya que los servicios profesionales suelen volcarse únicamente en el bebé y la madre (Márquez, 2011).

En relación a la sensación de dolor del parto, Martínez y Delgado (2013) mencionan que diversas mujeres lo han descrito como uno de los más intensos y agudos que se pueden experimentar en la vida, aunque existe una amplia variabilidad en la experiencia, pues aproximadamente un 20% de las mujeres que estudió lo describen como insoportable, el 30% como severo y 35% como moderado, mientras que sólo el 15% lo definen como con una intensidad mínima.

Existen diversos métodos para su control, aunque su eficacia depende de las expectativas que la mujer pueda tener, así como su tolerancia al dolor. Entre las medidas de control se encuentran la analgesia epidural, la educación maternal, el apoyo durante el parto, masajes en el vientre y espalda baja, las inyecciones dérmicas y la inmersión en agua, las cuales son estrategias de enfrentamiento que brindan la oportunidad de experimentar un parto menos doloroso.

Basso y Monticelli (2010) por su parte, realizaron un estudio con el objetivo de identificar las expectativas de participación de un grupo de gestantes españolas y sus acompañantes al realizar un parto humanizado, en el que encontraron que los participantes contribuyeron para la modificación de un parto medicalizado a uno humanizado principalmente a partir de cinco aspectos fundamentales. La elección de un parto vaginal como primera opción para dar a luz, el seleccionar el tipo de atención obstétrica, el reconocerse como sujetos reflexivos y críticos desde la realidad, negociar y dialogar con los profesionales, y construir un conocimiento propio acerca del proceso de parto.

Dentro del mismo análisis, los autores encontraron que al preferir un parto vaginal los participantes rescataron la percepción del parto como un hecho fisiológico, además de afirmar que para poder sostener su decisión era primordial prepararse físicamente, así como crear un cuerpo de conocimientos que les permitiera reaccionar de la mejor forma ante los cambios.

Para los participantes, la relación que pudieran establecer con los profesionales respecto a sus deseos podría ser compleja, por lo que consideraron como un aspecto importante el seleccionar a profesionales e instituciones que respetaran sus decisiones, analizando primero si éstos recurrían a rutinas puramente intervencionistas.

Al reflexionar sobre los intereses económicos y biomédicos que difunden la tecnología y el control profesional sobre el parto, reconocieron que no basta con buscar información que vaya acorde con sus expectativas, sino que también es

necesario reconocer las distintas intencionalidades sobre los servicios que se les ofrecen y el estar preparados para garantizar el respeto a sus deseos.

Una vez que eligieron a los profesionales que les atenderían, los participantes de igual forma consideraron necesario negociar con ellos, dialogando y decidiendo junto con su equipo de salud las mejores opciones respecto a los procedimientos obstétricos.

Es importante señalar que en todos los casos, resultó de vital importancia el recurrir a distintas fuentes de información que los aproximaron al conocimiento de los profesionales alrededor del parto, analizándolo y reelaborando a partir de sus propias expectativas, y anticipándose ante las distintos escenarios que la medicalización y evolución tecnológica pueda ofrecer.

Como se ha observado hasta ahora, las preocupaciones que los padres y las madres suelen tener entre la modalidad de parto medicalizado y humanizado no distan demasiado, sin embargo, las herramientas con las que cuentan y las construcciones sociales que se generan alrededor del parto, sí llegan a presentar diferencias que pueden impactar de manera significativa su experiencia.

Por otro lado, la mayoría de investigaciones que se han desarrollado y mostrado hasta el momento, son principalmente en los países de España, Argentina, Chile y Brasil, encontrándose en nuestro país una clara deficiencia de información en este campo, debido a lo anterior surgió nuestro interés por explorar este tema, por lo que en el siguiente capítulo se abordarán los detalles metodológicos sobre la presente investigación, así como los objetivos de la misma.

CONSTRUCCIONES SOCIALES EN TORNO A LA DECISIÓN DEL PARTO HUMANIZADO VS EL PARTO MEDICALIZADO

Método

Los cambios que se han dado en los últimos años, tanto en la manera de intervenir en el parto, como en la visión que se tiene de las personas involucradas, han modificado drásticamente la percepción que se tenía del alumbramiento, lo que sugiere a su vez, que en la actualidad se estén modificando los sistemas de significados tradicionales del siglo XX, las relaciones entre familia–apoyo obstétrico, las relaciones entre madre-padre-hijo y por ende, las construcciones sociales y personales que permiten que una persona se decida por uno o por otro método para parir, lo cual representa nuevas formas de vida con valores distintos a los que se venían practicando.

En México el parto humanizado como se concibe hoy en día es una propuesta reciente, que en la mayoría de los casos es posible para aquellas parejas que cuentan con el acceso económico a las instituciones especializadas, sin embargo, en otros países como España, Argentina y Chile, esta ya es una realidad accesible para las mujeres y familias que recurren al sistema de salud pública de sus comunidades.

Este no solo es un enfoque que impacta el momento del parto, sino que también implica cambios de valores dentro de la sociedad. La preocupación por tener un parto respetado habla de un cambio en las actitudes y posturas de un país o contexto, que bien vale la pena la Psicología se involucre en el análisis de cómo se encuentra relacionado con las miradas y los significados de las personas.

b. Pregunta de investigación

Debido a esto es que en esta investigación se ha planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los significados que parejas heterosexuales construyeron acerca de la elección del parto humanizado vs el parto medicalizado, y de qué manera incidieron en sus experiencias antes, durante y después del evento?

c. Objetivos

De ahí que nuestro objetivo fue explorar, a través de las narrativas de parejas heterosexuales, los significados que rodearon su elección del tipo de parto, y conocer la manera como interpretan su decisión a través de las experiencias vividas antes, durante y después del evento.

Esto en relación a los siguientes objetivos particulares:

- Explorar las narrativas que construyeron en relación al parto humanizado vs el parto medicalizado.
- Explorar el entorno, los factores y las personas que a través de sus discursos incidieron en su decisión.
- Conocer los sistemas de significados vinculados con dichas narrativas.
- Analizar los sistemas de creencias asociados a su decisión y a su experiencia.
- Conocer su interpretación acerca del antes, durante y después de su experiencia.

d. Tipo de investigación

Se trata de una investigación bajo la metodología cualitativa, la cual se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Desde este enfoque, se consideró como mejor opción la obtención de datos descriptivos a partir de las narrativas de los participantes, ya que éstas son el

reflejo de la organización interna de los sistemas de significados, de las cuales posteriormente, se realizará un análisis de acuerdo al paradigma interpretativo del construccionismo social (Valles, 2000).

Dedicando especial cuidado a los diez postulados que Taylor y Bogdan (1984) mencionan como parte de los métodos cualitativos de investigación:

1. La investigación cualitativa es inductiva, ya que se desarrollan conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de los datos recabados.
2. En la metodología cualitativa las personas, los escenarios y los grupos no son considerados aislados, sino como un todo, igualmente estudiando su pasado y las situaciones en que se hallan.
3. Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que causan en los participantes.
4. Para los investigadores cualitativos es importante experimentar la realidad tal como los otros la experimentan, se trata de entender a los participantes dentro del marco de referencia de ellos mismos.
5. El investigador cualitativo debe ver todo como tema de investigación, por lo tanto suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
6. El investigador cualitativo busca una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas, para el investigador todas las perspectivas son valiosas.
7. Los métodos cualitativos son humanistas, por lo que se llega a conocer a los participantes en lo personal y a experimentar lo que ellos sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad.
8. Los investigadores cualitativos enfatizan en la validez de sus investigaciones, aseguran un estrecho ajuste entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace, ya que se obtiene un conocimiento directo de la vida social.

9. Ningún aspecto de la vida es demasiado trivial como para ser estudiado, por esta razón para investigador cualitativo todos los escenarios y personas son dignos de estudio.
10. La investigación cualitativa es un arte, ya que el investigador cualitativo es flexible en como conducen sus estudios, se siguen lineamientos orientadores, pero no hay reglas y nunca se es esclavo de un procedimiento o técnica.

e. Consideraciones éticas

Por medio de un consentimiento informado (ver Anexo 1), se les explicaron a los participantes los lineamientos éticos de la investigación, dentro de los cuales se les informó sobre el uso exclusivo de la información obtenida para los fines de la misma, la protección de su identidad y el reiteramiento de su participación de forma voluntaria, pudiendo retirarse en el momento que desearan sin ningún tipo de consecuencia.

En todos los casos se pidió su autorización para audio-grabar las conversaciones, se resolvieron sus dudas y finalmente se firmó el consentimiento informado en común acuerdo.

Participantes

Dos parejas de padres/madres heterosexuales, una partícipe del parto humanizado y otra del parto medicalizado, cuya edad osciló entre los 30 y 40 años, ambas con la característica de tener a su primer hijo/a (ver Anexo 2).

Las parejas fueron seleccionadas por disponibilidad, es decir, invitándoles a participar en el proyecto de manera voluntaria. Se les explicó el objetivo de la investigación y posteriormente se acordó su participación.

Cabe señalar, sin embargo, que la pareja que optó por el parto humanizado presumiblemente pertenecía a un nivel socioeconómico alto, mientras que la pareja que optó por el parto medicalizado a un nivel socioeconómico medio.

Por consideración al anonimato de los participantes, durante toda la

investigación se utilizarán nombres ficticios, incluyendo algunas siglas que a continuación se especificarán.

➤ Pareja partícipe del parto humanizado.

La pareja se contactó por medio de una profesional formada como Doula y Educadora Perinatal, quién al informarse sobre la presente investigación se ofreció voluntariamente a invitar a la pareja a participar, proporcionando así el contacto a los investigadores.

Escenario: Las entrevistas se realizaron por común acuerdo en espacios cercanos a los lugares de trabajo de los participantes, en el caso del hombre se llevó a cabo dentro de su oficina, mientras que en el caso de la mujer en una sala dentro de una cafetería, parte del mismo edificio en donde laboraba. En ambos casos se cuidó que fuera un espacio alejado de ruidos o distractores, desarrollando las entrevistas en un ambiente de confidencialidad y confianza.

Gael (G): Hombre de 39 años de edad, con Licenciatura en Administración, se desempeña como Gerente de Recursos Humanos en un corporativo.

Renata (R): Mujer de 36 años de edad, con Licenciatura en Mercadotecnia, se desempeña en el área de Software Marketing en un corporativo.

➤ Pareja partícipe del parto medicalizado.

La pareja se contactó por medio de un conocido en común, quién inicialmente habló sobre la investigación a la pareja y posteriormente proporcionó el contacto a los investigadores.

Escenario: Las entrevistas se realizaron por común acuerdo en el domicilio de los participantes, cada una en distintas habitaciones dentro del hogar, de tal forma que ninguno de los participantes pudo mantener contacto visual o escucharse entre sí durante el desarrollo de las mismas, manteniendo un ambiente de confidencialidad y confianza en ambos casos.

Marcos (M): Hombre de 39 años de edad, Ingeniero en Sistemas, con Certificación en Coaching, se desempeña como Coach y asesor personal de

manera independiente.

Chayo (Ch): Mujer de 36 años de edad, con Licenciatura en Educación Primaria y Maestría en Administración de Instituciones Educativas, se desempeña como Maestra de Primaria en una escuela de tiempo completo.

g. Instrumento

Como medio de obtención de datos, se realizó una entrevista semi-estructurada a cada uno de los miembros de la diada con base en una guía previamente elaborada, la cual contuvo como principales ejes temáticos los sistemas de significados predominantes antes del embarazo, la decisión del parto, la acción del parto y el post-parto:

- Sistemas de significados predominantes antes del embarazo.
 - Familia de origen.
 - Religión.
 - Medios de comunicación.
 - Salud y sistemas de atención.
 - Percepción previa del parto.
- Decisión del parto.
 - Búsqueda de información.
 - Expectativas respecto al parto.
 - Decisión en la elección del tipo de parto.
 - Acuerdos en pareja.
 - Elección y comentarios de los profesionales.
 - Elección de institución médica.
 - Críticas o comentarios en la familia y círculos sociales.
- Momento del parto.
- Post-parto.
 - Interpretación de su experiencia después del parto.
 - Impacto en otras áreas de su vida.

h. Materiales

Grabadora de audio.

i. Procedimiento

Primera etapa. Búsqueda y negociación.

Se investigó en diferentes instituciones, tanto públicas como privadas, la posibilidad de contactar a los participantes para las futuras entrevistas, utilizando la técnica de Taylor y Bogdan (1984) “bola de nieve”, la cual es una técnica de muestreo no probabilístico para identificar participantes potenciales por medio de un intermediario.

Una vez seleccionados los participantes, se negoció el día, lugar y hora de acuerdo a su disponibilidad para llevar a cabo las entrevistas.

Segunda etapa. Entrevistas.

Al realizar el encuentro, se dedicaron algunos minutos con la pareja para establecer el rapport y enseguida se les presentó el consentimiento informado, una vez que quedaron aclaradas todas sus dudas se firmó el documento y posteriormente se continuó con la realización de las entrevistas.

A cada miembro de la díada se le realizó la entrevista de forma individual, de acuerdo al instrumento previamente elaborado. Al terminar la entrevista se confirmó el haber obtenido la información requerida y se agradeció a la pareja por su participación. Las entrevistas tuvieron en promedio una duración de una hora y media.

Tercera etapa. Análisis y resultados.

Al término de las entrevistas fueron transcritas textualmente para posteriormente organizar la información y analizarla bajo los planteamientos y el marco interpretativo del construccionismo social.

Dentro del análisis y presentación de resultados, se contrastaron las

narrativas por género, dentro de la misma pareja y de acuerdo al tipo de parto, explorando las similitudes, diferencias y los significados implicados en cada tipo de experiencia.

Finalmente se realizó la discusión de los resultados con lo fundamentado en el marco teórico por diversos autores, colocando también en este apartado, interpretaciones e inferencias, opiniones y cuestionamientos que surgieron de los investigadores durante el análisis de la información.

ANÁLISIS DE LAS NARRATIVAS

De acuerdo a la información proporcionada por los participantes durante el desarrollo de las entrevistas, en el siguiente capítulo se expondrán y analizarán las narrativas y significados construidos en torno a cada tipo de parto, considerando sus similitudes y diferencias, tanto entre los miembros de la misma pareja, como entre los participantes del mismo sexo.

El análisis se llevará a cabo en relación con los ejes temáticos expuestos en el capítulo anterior, de acuerdo a los cuales se pudo mantener un mayor acercamiento al proceso de construcción de significados de cada uno de los participantes.

Sistemas de significados predominantes antes del embarazo

Como ya se ha mencionado anteriormente, los seres humanos se encuentran inmersos en múltiples contextos relacionales, dentro de los cuales se establecen intercambios con los otros y se construyen determinados significados que permiten a cada individuo entenderse a sí mismo y a lo que le rodea de forma única y diferente a los demás. Por lo que al intentar analizar la construcción de las creencias de las personas es importante no dejar de lado el momento histórico-cultural en el que se encuentran inmersos, así como los diversos círculos y factores sociales implicados en su vida.

De acuerdo a lo mencionado por Sandoval (2010), existen distintos contextos y aspectos a considerar al intentar comprender la perspectiva de cada persona. En la presente investigación se decidió considerar, la familia, la religión, los medios de comunicación y los sistemas de atención a la salud, como elementos importantes para entender qué tipo de significados predominantes existían en el medio de cada uno de los participantes antes de embarazarse, aunque de acuerdo al autor, es la familia el contexto al que generalmente se presta mayor atención, debido a su influencia como primer referente en la construcción de los individuos, implementando ciertas reglas, tradiciones o patrones, de los cuales no se habla abiertamente, pero son parte de su vida

cotidiana.

Familia de origen

En el caso de la pareja que decidió el **parto humanizado**, Gael y Renata, ambos expresaron que en sus familias de origen no existían tradiciones o reglas definidas alrededor del parto, eran familias un tanto conservadoras, en las que no se hablaba normalmente acerca de la sexualidad, planificación familiar o parto; aunque sabían que dentro de sus familias se habían dado casos tanto de partos naturales, como cesáreas, algunas programadas y otras no.

R: ...no, en mi familia nunca ha habido así como una idea predeterminada de decir así tienen que ser las cosas ¿no?...no tenían una guía para mí, nunca hablaron conmigo para decirme esto sería lo mejor...

G:...mi familia no es muy abierta a hablar de esos temas, ni el tema sexual, ni el tema de planificación familiar, nunca hubo una plática como tal...

Además, ambos expresaron no sentirse interesados por los recientes relatos sobre el parto en sus familias, al menos hasta antes de estar embarazados; mientras que en el caso de Renata, ella comentó que cuando se llegaba a hablar sobre los partos de sus primos(as), ella confiaba en que las decisiones las habían tomado sus familiares en conjunto con sus médicos.

Atendiendo al momento histórico-social en el que se encontraban, tanto los participantes, como sus familiares, durante la época previa al embarazo de Gael y Renata, se puede observar cómo las pocas experiencias de las que hablan se sitúan en un momento de transición, en el que México, a raíz de la industrialización, comenzó a crear distintas instancias para la atención materno-infantil, modificando paulatinamente los cuidados y métodos de intervención durante el parto (Castañeda, 1988).

En la década de 1975 a 1985, periodo en el que aproximadamente nacieron los participantes, recién estaban operando diversas clínicas y hospitales dedicados exclusivamente a la maternidad, momento en el que aún los índices de

cesárea no eran tan elevados, pero la atención médica comenzaba cada vez a tener mayor fuerza en la atención del parto. Más adelante, a principios del siglo XXI, Reza (2013) menciona que existió un aumento acelerado en los porcentajes de cesáreas, principalmente en las zonas urbanizadas, lo que evidentemente provocó cambios hacia una asistencia más intervencionista y medicalizada por parte de los especialistas.

Esto explica entonces, el por qué dentro de ambas familias ocurrieron tanto partos naturales como cesáreas, y en el caso de las cesáreas, existieron quienes las pudieron programar y quienes no, dado que la cesárea, conforme pasó el tiempo, dejó de ser un método de emergencia para pasar a ser una alternativa más cómoda y beneficiosa para los especialistas. Del mismo modo, es importante no dejar de lado que conforme ellos fueron teniendo contacto con sus familiares ya en la vida adulta, no llegó a mencionarse otro tipo de atención que no fuera la opción médica, lo que nos permite entender la forma predominante de atención dentro de su familia.

Por otro lado, los miembros de la pareja que optaron por **parto medicalizado**, Chayo y Marcos, ambos expresaron que en sus familias de origen sí mantenían mayor preferencia por los partos naturales, valorando principalmente la cercanía de la familia.

M: Mis padres opinan que un parto natural es lo mejor, claro que sí, con sus cuidados...

Ch: ...mi mamá no tuvo ninguna complicación durante su parto, de hecho fue parto natural, los de mis hermanos también, incluso los de mi abuela...

También mencionaron que sus familias no eran muy abiertas al hablar sobre temas de sexualidad y planificación familiar, aunque sí hubo diferencias entre las familias de ambos al compartir sus experiencias en torno al parto.

M: Pues al menos conmigo siempre como que cuidaban mucho esos temas (parto y sexualidad), tampoco eran muy dados a platicar, ya si uno llegaba con

una pregunta pues sí trataban de responder, aunque superficialmente...

Ch: ...no me criaron para tener cierta idea sobre el parto, más que nada porque me dieron muchísima libertad, yo tenía libertad de pensar...

En el caso de Marcos, él mencionó que lo único de lo que se enteró sobre su parto fue que presentó algunas complicaciones y que fue atendido en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ya que su familia no le habló mucho respecto a esto, situación completamente contraria a lo que comentó Chayo.

En su caso ella mencionó que sí existían tradiciones significativas alrededor del parto, hasta donde ella sabe, desde su abuela, quien procuró todos los cuidados para que la mamá de Chayo siguiera con ciertas prácticas, en primer lugar buscó que su hija fuera atendida tanto por una partera como por un médico, ambos amigos de la familia, quienes atendieron su parto dentro de un domicilio elegido por la abuela, según sus creencias. Chayo tenía que nacer en dicha propiedad para que pudieran enterrar la placenta en el lugar donde naciera, esto como muestra de pertenencia al lugar y una manera de mantener el vínculo con lo que la abuela había decidido como herencia para ella.

Los miembros de la pareja de parto medicalizado refirieron que sus familias sí tenían cierta preferencia por los partos naturales, mientras que la pareja de parto humanizado mencionó que existían casos de partos naturales y cesáreas en sus familias. Se puede observar que los cuatro participantes se ubican en el mismo contexto histórico de transición en cuanto a la atención del parto, ya que sus edades son muy similares y los procesos que se dieron conforme fueron creciendo ocurrieron de forma paralela, aunque en cada caso se puede apreciar de forma distinta.

A Marcos por ejemplo, no se le habló demasiado sobre su parto, pero sí supo que fue atendido en una de las instituciones gubernamentales que tenía como uno de sus principales objetivos la atención perinatal (IMSS), mismo organismo que aproximadamente 10 años atrás de su nacimiento, dejó de dar nombramientos a las parteras para reconocer únicamente a los médicos a cargo

del parto, ya que de acuerdo al Seguro Social, dicho proceso era una acción de alto riesgo para lo que las parteras no se encontraban capacitadas (Castañeda, 1988).

Lo anterior se encuentra relacionado de igual forma, con el caso de la atención del parto de Chayo, en el cual la abuela participó en gran parte de la planeación, manteniendo tradiciones que según Quezada (1977), datan desde la época de los aztecas, tales como enterrar la placenta y/o el cordón umbilical en el hogar y recurrir a la atención de las parteras, quienes en su momento gozaban de gran prestigio, pero en el caso de la época de Chayo comenzaban a salir del sector salud, siendo relegadas principalmente a las zonas menos urbanizadas. Si bien la abuela conservaba este tipo de prácticas, en ella también se podía observar una transformación en cuanto a la percepción del parto, mantenía reglas generales, pero la atención no sólo la dejó en manos de una partera, sino que también recurrió a un médico, reflejando una vez más, la transformación e incluso fusión, de las viejas costumbres con el nuevo modelo de atención que estaba predominando.

Ch: ...fíjate que yo tengo guardada la parte de mi ombligo, pero eso fue por las creencias de mi mamá, ella decía que cuando yo ya supiera cuál iba a ser mi casa definitiva, donde me iba a quedar con mi familia, ahí enterrara nuestros ombligos en ese lugar, como manteniendo algún tipo de protección espiritual...

Es importante mencionar que la madre de Chayo sólo realizó estas prácticas como muestra de respeto hacia su madre, aunque su mamá no sentía estas tradiciones como suyas, básicamente siguió todo como una serie de indicaciones, incluso ateniéndose a las reglas de mantener al padre de Chayo fuera de la labor de parto, ya que no se consideraba correcto dentro sus creencias.

La única tradición que la madre de Chayo siguió manteniendo fue la de guardar los cordones umbilicales de sus hijos, para que ellos a su vez, los pudieran enterrar con sus parejas donde finalmente decidieran vivir. Antes de

morir, Chayo refiere que le dió a ella el suyo y le pidió que siguiera con dicha práctica, sin embargo, según lo que ella refiere, esas tradiciones son muy antiguas y le pertenecen a su abuela y madre, las respeta pero ella cree que debe de generar sus propias tradiciones con su familia, por lo que si en algún momento llega a seguir la voluntad de su madre será únicamente por el respeto que le guarda.

De acuerdo a lo anterior, se puede observar que no significa que la familia determine en sí las formas de actuar de cada sujeto, tal como ocurrió con Chayo y su madre, quienes desde luego mantenían la influencia de la interacción con su abuela, sin embargo fueron ellas quienes transformaron sus propios significados alrededor del parto y el nacimiento, cada una inmersa en un contexto histórico-sociocultural determinado, que las hizo moldear sus percepciones momento a momento y perpetuar determinadas prácticas de acuerdo a sus significados.

Ch: ...mi mamá me dijo que siguiera con eso...más como respeto para mi mamá, pero no es que yo siga con la misma tradición...

Finalmente, respecto a sus familias de origen, los cuatro participantes expresaron abiertamente que no reconocían influencia alguna de su parte para el desarrollo de su percepción alrededor del parto, ni tampoco para posteriormente, decidirse por un parto medicalizado o humanizado, sin embargo este punto se retomará más adelante, al analizar el tipo de creencias que cada participante mantenía antes del embarazo.

Religión

Otro contexto importante alrededor del cual se han identificado determinados significados relacionados con el parto, ha sido la religión, dentro de la cual llegan a establecerse distintos rituales o mitos antes, durante y después del parto, lo que puede incluso incidir en la manera en la que cada hombre y mujer vive la experiencia del parto.

En el caso de los cuatro participantes, todos refirieron ser parte de la

religión católica, ya que desde sus familias de origen pertenecían a esta, aunque ninguno de ellos manifestó seguir estrictamente los usos y costumbres de la religión, por lo que no reconocieron que esto pudiera influir sobre sus percepciones alrededor del parto.

R: ...los dos somos católicos pero...somos creyentes, somos católicos de familia, la verdad no practicamos mucho...(humanizado).

G: ...sí me encomiendo a Diosito todos los días, pero no creo que haya tenido una influencia la religión en mi forma de ver el parto...(humanizado).

Ch: Yo considero que no, no practico alguna religión como tal, yo apoyaba en la religión católica pero no lo veía como el ir a rezar (medicalizado).

M: ...mi familia es católica, pero no, yo realmente no sigo las costumbres...(medicalizado).

Medios de comunicación

Como parte indiscutible de la vida cotidiana, los medios de comunicación masiva, como el periódico, la radio, televisión y más recientemente, el internet, tienen una enorme importancia en la forma en la que se entiende y percibe la “realidad”, construyendo determinados significados a través de la apropiación o del cuestionamiento de la información, resultando fundamental el analizar qué tipo de mensajes recibían los participantes alrededor del parto.

En ambas parejas, se encontró que la mujeres normalmente observaban en los medios de comunicación, como películas o documentales, que los partos se daban de forma natural, aunque para Chayo (medicalizado), la forma en la que se presentaban los partos no era como ella lo percibía, notaba que lo planteaban como una situación muy dolorosa, sin embargo ella no compartía esta visión.

R: Creo que los medios de comunicación siempre han apoyado, no, no quiero decir un parto humanizado, pero a lo mejor un parto natural...que si alguien llega así de improviso pues tratan de que sea un parto natural...

Ch: ...yo veía incluso en varios medios que lo manejaban así como súper doloroso, con mucho esfuerzo, con los gritos y yo no lo veía así...

Específicamente sobre el parto, el medio de acceso más común hacia una primera impresión de cómo sucede el alumbramiento, son las películas, en las cuales los partos suelen ser sorprendidos, estresantes y en un ambiente agitado, en el que las mujeres gritan espantadas, con mucho dolor y en algunos casos llegan a presentar complicaciones.

Este prototipo de parto proviene o se concreta con la intervención de los medios de comunicación, en donde los contenidos simbólicos utilizados por dichos medios, son los constructores de las representaciones sociales que terminan por definir y limitar el tipo de sensaciones, pensamientos y actitudes que la población tiene frente al parto, cerrando la posibilidad de otros tipos de parto, en un ambiente de mayor tranquilidad y respeto hacia sus decisiones (Rocha, Franco & Baldin, 2011).

Por otra parte, los hombres refirieron que sí sabían de la existencia de diversos medios en los que se abordaba el parto, aunque ninguno de los dos se interesó hasta el embarazo.

M: ...desde pequeño ves los programas de televisión o en la escuela las películas del parto, los documentales en los que es todo más técnico, pero en realidad eso no me llamaba tanto la atención...

Respecto a lo anterior, Nieri (2012) argumenta que desde los orígenes de la humanidad, han existido diferentes conjuntos de creencias y normas respecto a los roles de hombre y mujer, desarrollando así estereotipos que clasifican lo adecuado o inadecuado para cada sexo. Un ejemplo muy claro es el interés entre el hombre y la mujer por temas relativos al embarazo, ya que por la influencia cultural, se les ha inculcado a las mujeres a preocuparse más por el embarazo o a prepararse para el momento de ser madres, en contraste con los hombres, a quienes no se suelen preparar desde niños para ser padres, sino para ser proveedores.

Salud y sistemas de atención

De acuerdo a lo mencionado por García (2008), en México la atención del parto y aún de la salud en general, suele estar dividida en tres sectores primordiales, la medicina tradicional, la institucional y la privada, los cuales suelen caracterizarse por distintos tipos de atención, y su acceso puede estar determinado por diversos factores, desarrollándose en cada modelo distintos significados en torno al cuerpo y la dualidad salud-enfermedad, modificando por ende los procedimientos de intervención.

Específicamente en el caso de los cuatro participantes, todos expresaron tener malas referencias en cuanto a la atención en el sistema de salud público (institucional), las cuales generalmente percibían de mala calidad, por lo que ya desde entonces preferían recurrir a instituciones privadas.

G: ...sinceramente sabes que no es muy bueno, llegas y aunque tengas cita a las siete, sabes que te van a atender hasta las ocho o nueve...ese es el sistema de salud que tenemos y tienes que acostumbrarte...

Cabe señalar, que aunque todos los participantes tenían una mala percepción respecto al sistema institucional, Renata (humanizado) ya tenía una preferencia por otras opciones al atender su salud, observándose cómo ella desde entonces no mantenía un modelo único de atención, sino que se encontraba abierta a distintas posibilidades, aumentando sus opciones.

R: ...sí para todo, desde medicamentos, yo soy más de homeopatía, yo siempre he sido muy así, todo muy natural...

Sin duda alguna, un dato importante es la manera en que la pareja de parto humanizado, tiene mayor amplitud en cuanto al repertorio de información respecto al parto, lo cual los lleva a poder resignificar este proceso de diferentes maneras, en especial a Renata quien tenía mayor información previa.

Percepción previa del parto

Como ya se ha expuesto anteriormente, la construcción de significados que cada persona elabora alrededor de determinado evento, se relaciona directamente con la interacción con los otros en los distintos contextos en los que se desenvuelve, existiendo de por medio un intercambio constante a través del discurso y las actividades cotidianas.

De esta forma, los cuatro participantes construyeron ciertos significados relacionados al parto, aún antes de saberse o incluso haber planeado embarazarse, ya que éste es un proceso natural, parte de la vida de cualquier ser humano, del cual en nuestra sociedad suele hablarse más en un ámbito meramente médico o fisiológico, aunque en las interacciones diarias llega a surgir el tema de forma anecdótica, comercial o informativa, representando todos estos elementos, factores importantes en la elaboración y re-elaboración de conceptos para cada una de las parejas y los participantes.

De acuerdo a lo mencionado por la pareja que decidió **parto humanizado**, curiosamente ambos mantenían la idea de que la cesárea era el método más adecuado, aunque ninguno se encontraba realmente interesado con anterioridad.

R:...honestamente el parto no era una cosa en la que me interesara mucho antes de que estuviera embarazada...la verdad es que yo no tenía una idea de lo que quería, pero pensaba que la cesárea era una buena opción porque es lo que más se oía...

G: ...cuando hablábamos de tener hijos yo pensaba que la cesárea era la mejor opción, por la facilidad de programar...

Específicamente Renata mencionó además, que creía que el parto era una situación estresante y dolorosa, refiriendo que creía que la pareja sólo podía estar dentro de la sala, pero sin poder participar activamente.

R: Pues piensas que tienes que estar allí horas y horas (parto), te dejan la idea de que va a doler mucho, que no las vas a pasar bien...pues gritos ¿no?...por lo que contaban pues como que te da mucho miedo sufrir...entonces yo pensaba tener una cesárea...a veces es lo más práctico, lo programas, te evitas

dolores y te evitas cosas inesperadas...

Es así como se puede notar, que para la pareja de parto humanizado y en particular para Renata, el parto significaba antes de embarazarse un evento doloroso y desgastante debido al tipo de significados que en un inicio predominaban en su contexto, lo cual los llevó a pensar en la cesárea como una opción.

En lo que respecta a la pareja de **parto medicalizado**, mencionaron que antes de saber que estaban embarazados, ellos ya tenían una inclinación por el parto natural. Marcos no se encontraba muy familiarizado con el tema, aunque para Chayo tuvo una gran influencia lo que su madre le contaba, quién le platicaba que su parto ocurrió de una forma muy tranquila.

Ch: ...yo con mi mamá tenía la idea de que iba a ser algo muy bonito, que lo tenías que disfrutar...con la manera en la que me lo contaba ella me dio mucha seguridad...

Tal como se expuso anteriormente, ambas parejas mencionaron abiertamente que no tenían influencia alguna por parte de sus familias, sin embargo, como se pudo observar, la pareja de parto humanizado partió de un contexto en donde la cesárea era algo común, ya que no había objeción alguna por llevarla a cabo, por lo que esta situación solía verse de forma habitual.

Por otro lado, la pareja de parto medicalizado, aunque de igual forma refirió no haber recibido influencias por parte de su familia, siempre estuvieron en contacto con eventualidades que llevaban a partos naturales, creciendo con esa ideología y tomando esto como punto de referencia, lo que hacía que los participantes tuvieran mayor preferencia por un parto libre de procedimientos quirúrgicos, manteniendo la idea de que no tenía que ser un evento doloroso y que al contrario, lo podrían disfrutar.

De esta forma se puede notar, que a pesar de que en ambas parejas en sus familias no existían reglas estrictas respecto a cómo llevar el parto, o aunque no se les dio una guía específica sobre qué era lo mejor, existían dichas interacciones

simbólicas, tal como lo refiere Cañón, Peláez y Noreña (2005), que aunque no se hablaban de ellas, se presentaban de manera cotidiana, manteniendo y transformando su visión respecto al parto, guardando cierto sistema de significados compartidos, los cuales fueron modificando a través de un proceso interpretativo a lo largo de su desarrollo en distintos contextos.

También, los medios de comunicación jugaron un papel importante, ya que por la época en la que vivieron y la constante transformación en la atención del parto, la facilidad, rapidez y abuso de ciertas técnicas dio un nuevo significado al alumbramiento, mostrando con mayor naturalidad las cesáreas y haciendo inherente al alumbramiento el dolor y sufrimiento, lo cual a su vez se ve reflejado en las narrativas de las parejas.

Decisión del parto

Como ya se ha expuesto con anterioridad, la construcción de significados que cada persona elabora alrededor de determinado evento, se relaciona con la interacción con los otros en los distintos contextos en los que se desenvuelve, existiendo de por medio un intercambio constante a través del discurso y las actividades cotidianas. Bruner (1990) comenta que los procesos de significados están inmersos en la cultura, los cuales conectan al hombre y su entorno, a través de las diferencias en el significado y la interpretación que cada quien le otorgue a cierta eventualidad.

Por ello, desde su propia experiencia y subjetividad van construyendo realidades en el lenguaje social, siendo así un factor para poder determinar una situación de elección, ya que se puede apreciar el proceso en que las parejas le dan un significado en particular a la manera de resolver ciertas situaciones, de acuerdo a las experiencias que han tenido en los distintos contextos.

Búsqueda de información

Mencionado lo anterior, se observó que tanto la pareja de parto humanizado como la de parto medicalizado, utilizaron como principales fuentes de

información en internet y el recurrir a la opinión de distintos profesionales, sin embargo, existieron diferencias significativas en cuanto al tipo de información que buscaron, su complejidad y el manejo de la misma, lo que influyó de manera representativa en el tipo de percepción que cada pareja desarrolló posterior a este acercamiento.

Respecto a la pareja que eligió **parto humanizado**, se encontró que ambos padres se enfrentaron a un proceso similar al buscar información en torno al parto, modificando paulatinamente su perspectiva, sus decisiones y relacionándose con otro tipo de personas que los motivaron a buscar alternativas, aunque dicho proceso no se dio al mismo tiempo, ni de la misma forma entre Gael y Renata.

Renata por su parte, fue la primera en investigar temas relacionados con el parto desde que supo que estaba embarazada, apoyándose de algunos profesionistas y principalmente en una de sus amigas, quien le dio a conocer por primera vez la perspectiva del parto humanizado y le explicó la labor que realizaba una doula.

R: ...ella (amiga) me explicó muchas cosas y me dio algunos videos que podían estar en YouTube o links para información...entonces allí me empezó a entrar la curiosidad y empecé a investigar un poco más en internet...

De acuerdo a lo que Renata mencionó, lo que le llamó la atención de su amiga fue que después de haber pasado por una mala experiencia, ella decidió planear cuidadosamente su siguiente parto, lo que la alentó a buscar opciones distintas a lo que hasta entonces ella creía mejor; así como lo menciona Crespo (2003), cuando las personas sienten que sus recursos no le son suficientes entonces buscan romper con su realidad estática, y con ello, empiezan a generarse nuevas maneras de concebir el mundo.

R: ...ella en su primer parto no tuvo parto humanizado y como no le gustó, entonces investigó y ya lo hizo así, me acuerdo que dijo que su segundo parto fue muy lindo, que ella lo preparó...te daba la opción, te deja la información y luego tú ya decides ¿no?...

Además, se dio cuenta de que en México las tasas de cesárea son muy elevadas, lo que desde su percepción es una industria que los médicos han aumentado con mayor fuerza, siendo el único elemento contrarrestante la información de quienes solicitan sus servicios.

Con lo anterior, se puede apreciar cómo Renata modificó gradualmente los significados que había construido en torno al parto, de creer que la cesárea era el método más óptimo para evitar el dolor y las complicaciones, a pensar que la humanización del parto era su mejor opción, al atender sus necesidades como pareja y evitar prácticas intervencionistas o arbitrarias; proceso que sucedió en gran parte por su amiga, quien le brindó información acerca de estas opciones.

De acuerdo con Gergen (1996), las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen principalmente del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje, por lo que las relaciones con los otros, son vitales para la construcción y co-construcción de significados; lo cual se vió ejemplificado en el caso de Renata, en el cual ella conoció nuevos referentes alrededor del parto a través del lenguaje y la interacción con otra persona dentro de su mismo contexto, descubriendo otros conceptos como “doula” y “parto humanizado”, que aumentaron sus recursos y provocaron que sus significados se transformaran en cada acercamiento, ampliando notoriamente sus posibilidades.

Por otra parte, reconoció que su marido sí se involucró durante la investigación, aunque su interés fue evidente ya en los últimos meses de embarazo, realizando ella la mayor parte de la búsqueda. De acuerdo a lo que mencionaron, sus ideas comenzaron a contrapuntear debido a la falta de información por parte de Gael, por lo que acordaron involucrarse de igual forma para poder tomar decisiones más informadas y en pareja, ya que Renata ya comenzaba a tener una nueva postura frente al parto.

R: ...fue un proceso que a los dos nos tocó (búsqueda de información), o sea los dos lo vivimos, aunque no al mismo tiempo, pero sí....

Es por eso que Donoso (2004), menciona que las experiencias y los

aprendizajes que las personas han tenido en su vida, generan un modo de ser y estar en el mundo, y a partir del relato que ocurre en la interacción con otros individuos, sus creencias y significados pueden llegar a cambiar. Lo cual menciona Gael al compartir cómo él comenzó a tener contacto con otras formas de percibir el nacimiento a partir del proceso de re-significación que ya había pasado Renata, por lo que comenzó a cuestionar el tipo de creencias que hasta ese momento había tenido y a ser cauteloso con la nueva información con la que iba teniendo contacto.

G...yo no tenía ni idea qué era una doula, ni que existían las señoras que te ayudaban a eso, yo lo cuestioné mucho...para ver si no era un como una tendencia ya sabes una modita tener doula y esas cosas...

De igual forma, Gael expresó que gran parte de la información le fue proporcionada por su esposa, aunque él también se dedicó a investigar acerca de sus dudas, haciendo uso principalmente de aplicaciones, páginas de internet y redes sociales.

G: ...Renata me daba la información, ella era quien se encargaba de la mayoría, a mí me llegaba casi el 80% de lo que leía por ella, pero el otro 20% sí era de meterme al internet, a buscar y leer, te metes a suscripciones y hasta notificaciones en ciertas páginas de Facebook y aplicaciones...

De acuerdo a lo anterior, Luque y Oliver (2005) mencionan que por usos y costumbres, hasta hace algunos años aún se seguía excluyendo a los hombres del proceso de embarazo y parto, sin embargo, durante los últimos años se ha potencializado la participación del padre en diversos aspectos, mostrando así un mayor interés por cuestiones como la información para la crianza y cuidados del embarazo; aspectos en los que Gael se encontró bastante interesado, aunque después de todo un proceso en el que aprendió y conoció otras formas de involucrarse durante y después la gestación de su hijo.

Además, Gael comentó que gradualmente fueron diversificando su búsqueda de información en diferentes medios de comunicación, lo cual les

permitió cambiar su perspectiva y cuestionar lo que hasta ese momento sabían acerca del parto.

G: ...empiezas a dudar mucho de lo que ves en la tele, que hay cosas que no son tan buenas como te las presentan, te vuelves más impermeable a los bombardeos de los anuncios y te metes más a otro tipo de información...

Es por ello, que se pueden notar dos aspectos relevantes como consecuencia de la amplia búsqueda de información que realizó la pareja de parto humanizado, por un lado, se encontró que el proceso de construcción de nuevos significados en cada participante se vió favorecido por distintas relaciones, en Renata por el acercamiento con su amiga y en Gael por la relación con su esposa, por lo que este proceso no se dió al mismo tiempo; y por otra parte, el contacto con otro tipo de ideologías sobre el parto, los hizo considerar nuevos aspectos dentro de su toma de decisiones, encontrando elementos que les hicieron descartar la cesárea como una opción, ya que dejó de ser compatible con su nueva visión.

Por otra parte, en cuanto a la pareja que eligió **parto medicalizado**, se observó que ambos realizaron años atrás una búsqueda previa sobre distintos tipos de parto, sin embargo, dicha investigación fue muy superficial y en realidad no resultó significativa en sus decisiones posteriores, ya que expresaron dejarse guiar totalmente por los especialistas.

M: ...sí buscamos los dos (Chayo y él), sólo las generalidades, sólo a ver la información y los comentarios de la información de la gente...

Ch: ...buscamos pero hace como cuatro años, antes de que quisiéramos ya embarzarnos, sí busqué un poco en internet pero nada más...

Con lo anterior, se puede observar que la pareja de parto medicalizado no llevó a cabo una búsqueda tan profunda como lo hizo la de parto humanizado y que aunque estuvo en contacto con otro tipo de información, no le tomó importancia para la toma de decisiones, lo cual se encontró influenciado en gran

parte por el proceso de medicalización del parto y el ponderamiento del discurso médico-científico, lo que finalmente tuvo mayor peso para dejarse guiar por las recomendaciones del profesional, a pesar de haber crecido con la idea de que un parto natural era lo más óptimo. Este punto se retomará más adelante, enfatizando sobre aquellos elementos socio-culturales que provocaron que la pareja de parto medicalizado modificara sus significados, delegando así las decisiones a su ginecólogo.

Expectativas respecto al parto

Como parte del proceso de toma de decisiones, de igual forma fue relevante el explorar el tipo de expectativas que mantenían los participantes una vez embarazados, ya que al enfrentarse directamente con la situación, les surgieron nuevas preocupaciones e interrogantes, reflejo directo del tipo de significados que ahora mantenían acerca del parto y su participación como hombres y mujeres.

Respecto a este punto, se encontró en ambas parejas, que para las mujeres fue un aspecto importante considerar lo que pasaría cuando probablemente tuvieran los dolores, mientras que para los hombres les fue de mayor relevancia el saber actuar frente a las posibles complicaciones durante la labor de parto.

Tanto Renata (humanizado) como Chayo (medicalizado), expresaron que sabían que podrían tener dolores y que quizá llegarían a gritar al momento de parir, pero reconocían que esto era un proceso completamente normal y que podrían tener alternativas para manejar su dolor; especialmente Renata, quién después de investigar se informó mejor sobre este tema.

R: ...iba a tener dolor, lo sabía, pero quería que me dejaran decidir hasta dónde yo podía con ese dolor...

Ch: ...sabía que tendría dolores, pero también hay dolores psicológicos, dolores que tú puedes manejar y en ese sentido yo creo que lo que me platicaba

mi mamá influyó mucho...

De esta forma, se puede observar que las participantes, en el momento en el que se encontraban eligiendo su tipo de parto, no percibían el dolor como algo molesto que desearan evitar a toda costa, por el contrario, el significado que guardaba para ellas era algo relacionado más a un elemento natural que podrían manejar, aunque esta ideología para Renata fue producto de un cambio en su perspectiva al estar en contacto con otro tipo de información, y para Chayo esto fue producto de las experiencias que le fueron narradas por su madre.

Por otra parte, Gael (humanizado) y Marcos (medicalizado) se preocuparon más por las posibles complicaciones durante el parto y en saber actuar en dicho momento, esperando tomar las mejores decisiones en beneficio de sus hijos y sus parejas.

G: ...mi preocupación principal era que Renata estuviera bien, y que si en algún momento algo saliera mal, yo tuviera que tomar una decisión entre mi esposa y mi hijo...

M: ...esperas que todo salga bien y no existan complicaciones, que en ese momento sepas reaccionar por el bien de tu familia...

Atendiendo así, al tipo de expectativas que los cuatro participantes refirieron, se puede observar que de manera global, las narraciones de las mujeres fueron primordialmente alrededor de sus sensaciones y respuestas durante el parto, mientras que las de los hombres fueron acerca de su capacidad de responder de manera óptima ante las eventualidades, lo cual puede verse en gran parte relacionado con el trasfondo cultural, en el que la participación de hombres y mujeres suele limitarse a ciertos aspectos.

En nuestra sociedad, es bien sabido que a las mujeres es a quienes se les suele motivar para expresar sus sentimientos y sensaciones, al mismo tiempo que a los hombres se les instruye para ser protectores, por lo que igualmente sus expectativas y formas de participación pueden verse influenciadas por estos

principios. De acuerdo a Luque y Oliver (2005), la participación de los padres se ha visto relacionada por años con los modelos tradicionales de masculinidad y femineidad, por lo que aún en la actualidad, a pesar de existir un cambio paulatino en los valores, pueden percibirse formas limitadas de interacción, lo que explicaría por qué las expectativas y preocupaciones parecen ser muy similares entre los participantes del mismo sexo, y relacionadas a su vez, a dichos patrones que siguen imperando de forma sutil dentro de las interacciones en nuestro día a día.

Decisión en la elección de tipo de parto

La forma en la que una persona toma decisiones respecto a un tema en específico, surge a partir de la concepción que el sujeto tenga del mismo y del contexto relacional en el que se encuentre inmerso, por lo que los factores que se consideren importantes dentro de una elección, no serán los mismos para todas las personas, lo cual asimismo se vió reflejado en cómo ambas parejas eligieron la modalidad de parto que deseaban (Jubés, Laso & Ponce, 2000).

En relación a esto, se encontró que existieron tres ejes principales bajo los cuales los participantes basaron su decisión: acuerdos en pareja, elección y comentarios de los profesionales, y elección de la institución médica; mismos que se desarrollarán detalladamente a continuación.

➤ Acuerdos en pareja

En cuanto a este punto, se pudo observar que la pareja de **parto humanizado** fue quien tuvo un proceso más amplio y complejo, al debatir continuamente sus ideas y negociar paulatinamente su decisión final.

En consecuencia, Renata expresó que al inicio de su embarazo era ella quien tenía mayor participación en la búsqueda de información y planeación de su parto, recibiendo poca respuesta por parte de su marido cuando le expresaba sus deseos. Al no recibir el apoyo que esperaba, finalmente optó por expresarle su inconformidad y le pidió que se informara adecuadamente respecto a las decisiones que quería tomar, o bien que la apoyara con lo que estaba planteando, ya que de lo contrario le pediría que no estuviera en el proceso de parto.

R: Yo busqué la información primero, me puse a investigar y así fui cambiando mi opinión, me empezó...mi posición fue si no me vas a apoyar, no quiero que estés, él dijo “¿cómo no voy a estar allí?, sí quiero ser parte de esto” y entonces se metió a leer...

A esto, Gael tuvo una respuesta positiva mostrando mayor apertura, aunque ella necesitó impulsarlo, ya que posteriormente lo convenció para que acudieran a un curso psicoprofiláctico impartido por una doula, en el que Renata observó un cambio significativo en su esposo. Según su percepción, al recibir información especializada con relación al enfoque humanizado, él observó la situación desde otra perspectiva, cambiando su actitud y mostrándose más interesado, encontró nuevas formas de participar y dejó de pensar en la cesárea como una opción.

R: ...mi esposo se convenció más por los datos que le presentó la doula, porque si no, hubiera sido difícil llegar a este tipo de acuerdos, él toma decisiones más informadas, y así fue, él se tuvo que involucrar en esto...

De acuerdo a lo que mencionó Renata, ella pensó que quizá Gael al principio no creyó necesario participar más, ya que los hombres no se encuentran fisiológicamente embarazados. Aunque una vez que llegaron a un acuerdo, para ella él representó todo su apoyo, ya que lo notaba muy activo.

R: ...creo que como hombres pueden tener la idea de que inventas cosas, como ellos no están embarazados, pues se quedan en un nivel de conocimiento muy superficial...si yo no le hubiera dicho lee esto o participa, él no lo hubiera hecho...después, él era todo mi apoyo, nos pudimos coordinar muy bien y él estaba muy activo, estábamos muy de acuerdo.

Como hasta ahora se ha podido observar, vuelve a cobrar sentido el atender al contexto sociocultural, dado que de manera totalmente consciente, puede que Gael no haya decidido en un principio mantenerse al margen de determinadas decisiones, sin embargo, ésta era la única forma que él conocía de estar presente y participar como padre, tanto en la representación social como en

lo emocional, atendiendo primordialmente el aspecto económico y la protección de su familia; los cuales son elementos muy comunes, que de la misma manera Nava (1996) encontró presentes en diversos padres en la ciudad de México, quienes aún mantenían la idea de ubicarse como jefes de familia, proveedores y protectores.

Es así que a través de las narrativas de ambos participantes, se puede identificar cómo este tipo de preceptos socialmente aceptados respecto a la masculinidad inicialmente influyeron en la participación de Gael como padre, aunque es importante retomar que el significado de la paternidad no sólo se construye de acuerdo al momento histórico-cultural, sino que además implica una re-significación constante a través de las relaciones que se establezcan con los otros.

En cuanto a la relación de pareja, Hernández (1996) expone que tiene un impacto considerable, ya que cuando el proceso de construcción es procurado por ambos padres, su participación se muestra más activa e inclusiva entre ellos. Situación que igualmente se observó entre la pareja de parto humanizado, en la cual la relación de Gael con su esposa influyó paulatinamente, para que él, por medio del diálogo y la interacción, visualizara nuevas posibilidades y significara el alumbramiento de una forma distinta, impulsándolo a su vez, a relacionarse con otro tipo de personas, tales como su doula y los otros padres del curso, quienes también contribuyeron a que Gael ampliara su perspectiva, y entonces su participación como padre y esposo fuera totalmente activa.

En contraste, se observó que la pareja de **parto medicalizado** no pasó por un proceso tan prolongado ni complejo para llegar a acuerdos, ya que ambos mencionaron que estaban totalmente convencidos de que la opinión de los especialistas era la correcta; lo cual en la actualidad es una creencia muy habitual, producto del proceso de medicalización que ha tomado mayor fuerza desde el siglo XVIII.

M: ...yo siempre he confiado en la opinión del experto y el experto es el doctor...

Ch: ...el médico es quien sabe más, a mi que me pregunten de mi campo, de educación, pero sobre el embarazo o parto es él quien sabe...

Anteriormente ya se ha expuesto cómo el sistema de salud vigente en nuestra sociedad ha impuesto un modelo desigual, en el que el médico es visto como el único capaz de emitir un juicio respecto a nuestra salud, dejando en segundo plano la opinión de quien acude por atención.

Además, en las últimas décadas se han medicalizado diversos procesos que no son médicos exclusivamente, definiéndolos como si se trataran de enfermedades o desórdenes que sólo el personal médico puede tratar. Waggoner y Stults (2010) mencionan que son especialmente los procesos biológicos femeninos los que se han medicalizado con mayor fuerza, el embarazo, parto y menstruación son ejemplo de ello, aunque hoy en día esta problemática ya se ha expandido también hacia procesos masculinos.

Es así como se puede advertir, que a pesar de que Chayo y Marcos tenían una idea previa de que un parto natural era lo mejor, dichos estímulos alrededor de su contexto socio-cultural tuvieron mayor influencia en su toma de decisiones, ya que ambos se encontraban inmersos en un sistema bajo la premisa de que el médico era el experto y decidieron actuar confiando totalmente en el juicio de un profesional, lo que no dió lugar a ningún tipo de debate ni cuestionamiento entre ellos, eliminando cualquier tipo de información fuera del criterio del personal de salud.

Elección y comentarios de los profesionales

Hasta ahora se ha podido observar que han existido diferentes procesos para ambas parejas desde la búsqueda de información hasta la negociación entre ellos, por lo que su construcción de significados alrededor del parto no se ha desarrollado de la misma forma, generando intereses y preocupaciones distintas.

Como consecuencia de lo anterior, se encontró que tanto los factores que consideraron para la elección de profesionales, como el tipo de comentarios que recibieron de su parte, fueron diversos entre ambas parejas, manteniendo cada una un diálogo muy particular con sus respectivos médicos.

La pareja de **parto humanizado**, por su parte, una vez que simpatizó con la humanización del nacimiento, se dedicó principalmente a buscar profesionales que se aproximaran lo más posible al tipo de parto e ideología que ellos deseaban seguir, cuestionando constantemente el quehacer del personal médico para conocer su postura.

Antes de conocer sobre la existencia de otras alternativas en la atención del parto, la pareja eligió continuar la atención de su embarazo con su ginecólogo de cabecera, sin embargo, conforme fueron investigando, sus prioridades se modificaron y decidieron entonces buscar a otro profesional que fuera más compatible con sus necesidades y su nueva idea de manejar un parto humanizado.

De esta forma, Gael y Renata decidieron acudir a un curso para preparación del parto que impartía una doula, mismo en el que tuvieron un acercamiento a nuevos datos sobre las cesáreas y la medicalización del parto, lo que provocó que para ellos se volviera primordial el garantizar acudir con alguien que no realizara la cesárea de forma rutinaria y respetara sus decisiones en el momento del parto, tomando en cuenta no solo su punto de vista como profesional, sino también sus deseos como pareja.

R: ...yo dije quiero conocer bien a mi doctor y quiero que me respete en el momento en que esté sucediendo el trabajo de parto...

Es así como en este punto, se puede notar claramente que la amplia búsqueda de información que realizaron y el reconocimiento de otras perspectivas para la asistencia del parto, provocó que los participantes modificaran su percepción y evaluaran la posibilidad de modificar el tipo de atención que recibirían, analizando diversas opciones y seleccionando únicamente

profesionales e instituciones que les garantizaran el respeto a sus decisiones bajo el enfoque de un parto humanizado.

Fue por esto que decidieron cambiar de especialista, acercándose a otro médico con quien se sintieron muy cómodos y notaron inmediatamente la diferencia en cuanto a tipo de atención, dialogaron sobre el parto humanizado con él y posteriormente se comprometieron a regresar para planear el nacimiento de su hijo.

R: ...visitamos varios hospitales y cuando llegamos con el otro doctor que nos recomendaron, sí es muy diferente, desde que llegamos a su consultorio, no sientes que estás con un doctor, o sea te platica del parto humanizado...nuestro ginecólogo original nunca nos habló así...nos gustó y decidimos cambiarnos...

Cuando la pareja decidió regresar a comentarle su decisión a su ginecólogo de cabecera, éste les comentó que respetaría totalmente su decisión, sin embargo, les dijo que deseaba comunicarles algunos riesgos antes de cambiarse de especialista. Entre otras cosas, les habló sobre casos que conocía de personas que habían sido atendidas en la institución a la que deseaban cambiarse, como por ejemplo casos de mujeres desgarradas que no fueron tratadas oportunamente o casos de infecciones durante los partos en agua, por estar en contacto con heces y orina que naturalmente eran expulsadas durante el trabajo de parto; respecto a la episiotomía, él les comentó que no la realizaría a menos que hubiera riesgo de desgarro, pero que ante todo no correría riesgos innecesarios.

Además de esto, su médico de cabecera le proporcionó a la pareja links y otros medios para que se informaran mejor, por lo que después de recibir esta información y cuestionar sus métodos para garantizar un parto humanizado, ambos decidieron que él podría ser un buen profesional para atenderlos, ya que había dado seguimiento a todo el embarazo y les había demostrado que también podía manejar su parto como ellos lo deseaban, brindándoles justificaciones concretas, escuchando los deseos de la pareja y logrando llegar a acuerdos, aunque Renata reconoció que en un principio él no se involucró a ese nivel.

R: ...él (médico de cabecera) nos empezó a dar información...por eso te digo que él no lo promovía (parto humanizado), pero a lo mejor cuando vió en riesgo su trabajo dijo ¡Ah no espérate!, sí sé...cuando le preguntaba, me di cuenta de que era buen doctor para atenderme, propuso y me dio información...aunque específicamente yo fui muy insistente...

G: ...al final con nuestro médico (de cabecera) dije ok, está bien, sí vamos contigo porque nos convence lo que tienes, porque llevas un estilo que nos gusta...durante la consulta dije bueno, allí te van tus 20 preguntas, cuántos partos has tenido, cuántos han sido naturales, cuántas cesáreas y ta ta ta (haciendo referencia a seguir con el cuestionamiento)...

De acuerdo a lo referido por los participantes, se puede observar hasta ahora que ellos buscaron a un médico que tuviera una actitud incluyente y se mostrara abierto a preguntar sobre sus preocupaciones; situación que actualmente no ocurre en nuestro país, con médicos que restringen la información proporcionada y no se muestran dispuestos a realizar un plan de parto conjuntamente.

Sin embargo, Basso y Monticelli (2010) exponen, que una vez que las gestantes y sus acompañantes reconocen la influencia de las rutinas institucionales sobre la asistencia obstétrica, entonces las parejas se sienten capaces de cuestionar y analizan cuidadosamente si los profesionales que han elegido siguen rutinas puramente intervencionistas o consideran las recomendaciones para evitar procedimientos invasivos o innecesarios. Circunstancia que como ya vimos, se vio reflejada en el caso de Gael y Renata, quienes no basaron sus decisiones únicamente en la opinión de los expertos, y cuestionaron e indagaron constantemente sobre sus posibilidades, situación que se debió en gran parte a la construcción de nuevos significados y a la seguridad que obtuvieron gracias a su investigación previa.

A pesar de haber decidido seguir con su médico de cabecera, Renata continuó cuestionando algunas de sus prácticas, manteniendo su pensamiento

crítico frente al especialista, tal como lo fue la inducción del parto por oxitocina, método que creía muy agresivo y no estaba dispuesta a aceptar.

R: ...lo de la oxitocina no lo hubiera permitido, cuando el doctor me dijo “pues nos vemos la próxima semana y si para el martes no viene, entonces ya te inducimos”, yo ya había hablado con Gael, le había dicho que si el doctor me quería inducir le iba a decir que no, que me diera dos días más...

De acuerdo a lo que Renata expresó, es común que las mujeres acepten lo que proponen los doctores porque representan todo su apoyo en el ámbito profesional, brindándoles su entera confianza, aunque observa también, que es difícil que los médicos acepten sus distintos intereses, llegando a utilizar algunos pretextos para inclinarse o hacer creer que es necesaria una cesárea.

R: ...le haces caso a los médicos porque son tu apoyo, difícilmente van a aceptar que ellos prefieren estar en una cesárea, porque en el momento, si no estás informado, pues siempre confías en el doctor y en la opinión que él diga...

Respecto a este punto, Basso y Monticelli (2010) además, encontraron que las parejas que reflexionan sobre los intereses económicos y biomédicos que difunden la tecnología y el control profesional sobre el proceso del nacimiento, sienten que cuentan con mayores herramientas y se muestran con mayor seguridad al dialogar con los profesionales, ya que reconocen que esta relación envuelve distintas cuestiones de poder, que incluso están relacionadas con aspectos políticos y legales.

Es por esto que para Gael y Renata fue tan importante la indagatoria y preparación que realizaron previamente, ya que de esta forma paulatinamente se fortalecieron cada uno como madre y padre, contando con mayores elementos para posicionarse con una actitud crítica y desarrollar nuevas estrategias para llevar a cabo sus deseos, lo que evidentemente necesitó de una reestructuración constante respecto a la idea que tenían del parto.

Por otra parte, Gael y Renata decidieron apoyarse de otro profesional, una

doula, quien se preocupa por mantener la salud del niño y de la madre, brindando opciones para que la pareja disfrute más del momento; sin embargo, para Gael no fue fácil convencerse ya que no tenía claridad sobre su función en el parto, posteriormente notó los beneficios de su labor y accedió.

R: ...me costó trabajo convencer a mi esposo de tener una doula, porque él pensaba que iba a tomar su lugar, pero cuando se dio cuenta de que era una guía para ambos, ya tuvo más apertura...

G: ...no sabía cuál iba a ser o serían las responsabilidades de la doula y cuáles eran las del papá, después me di cuenta que una de sus funciones es liberarte a ti de algunas presiones y apoyarte en las decisiones para mejorar la salud del niño y la mamá, que tú disfrutaras más del momento, en conjunción, como pareja...

El interesarse por otro tipo de apoyo también, es el resultado de ampliar su perspectiva sobre el parto y además conocer otras formas de participación como padres, ya sea antes o durante el alumbramiento (Flores & Olivares, 2011), ya que como se puede observar, para Gael fue confuso saber hasta dónde iba a intervenir él y hasta dónde su doula, sin embargo, el tener contacto con dicho profesional, le hizo darse cuenta de que su labor era servir de apoyo y ampliar sus posibilidades, participando activamente y disfrutando del momento con su pareja.

En contraste, se observó que la pareja de **parto medicalizado** primordialmente eligió al ginecólogo por su trayectoria, destacando que fue director del Hospital de la Mujer, por lo que le tenían mucha confianza. Desde la perspectiva de ambos participantes, el médico era el experto al que tenían que acudir para tomar cualquier decisión, anteponiendo su juicio sobre cualquier otro comentario e incluso las ideas previas que tenían en pro del parto natural.

M: ...el médico que atendió a mi esposa fue director del Hospital de la Mujer, tiene mucha trayectoria, de hecho ya ha atendido a varios de la familia...

Ch: (dijo al médico)...tú dime, tú sabes qué es lo mejor para mí, yo me

pongo en tus manos y tú me dices, yo no soy especialista en esto, yo no sé, así que el que decide eres tú...

De esta forma, se puede apreciar de nuevo, cómo la pareja de parto medicalizado percibe a su médico como una autoridad, influencia directa del proceso de medicalización, de modo que incluso ambos destacaron como un elemento importante su trayectoria como director en un hospital reconocido y le delegaron por completo las decisiones sobre su parto, que en el caso de Chayo fue más notorio, al no percibirse a sí misma como una persona con el poder de opinar y expresar sus deseos, respecto a lo que ella considera materia de otro profesional.

Dado que creían totalmente en la opinión del médico, su decisión al elegir la cesárea se basó por completo en el diagnóstico y las recomendaciones que les brindó su ginecólogo. De acuerdo a lo que ambos expresaron, el experto les explicó que el bebé había crecido demasiado y que Chayo era muy “chaparrita”, por lo que les explicó los “beneficios” de la cesárea y ellos terminaron eligiendo esta última opción, sin algún cuestionamiento de por medio, a pesar de que en un inicio ambos argumentaron tener una cierta preferencia hacia un procedimiento natural.

M: ...nos platicó el doctor que la cesárea podría apoyar en este caso el parto y nos explicó más o menos los beneficios...

Ch: ...yo le dije (al médico) “necesito lo que tú consideres que no me haga daño, tú sabes cómo me puedes atender” y entonces él nos recomendó cesárea...

De acuerdo a los argumentos que brindó el ginecólogo a la pareja de parto medicalizado, el realizar una cesárea se encontraba totalmente justificado en su caso debido al gran tamaño del bebé. En el ámbito médico esto es conocido como *macrosomía fetal* y se encuentra dentro de los tres factores de riesgo de cesárea más significativos, a la par de la inducción de trabajo de parto y la cicatriz de cesárea previa; relacionándose a los fetos macrosómicos tres veces más riesgo de cesárea y cuatro veces más riesgo de hemorragia materna post-parto (Salinas,

Albornoz, Reyes & Carmona, 2004).

Esto sin contar con que el parto de estos fetos, puede ocasionar traumatismos tanto en la madre como en el niño, riesgo de asfixia neonatal, aspiración de meconio (materia fecal que se acumula en el colon durante la gestación) y la necesidad del ingreso de estos niños a la unidad de cuidados intensivos neonatales. Debido a esto, es que Molina y Monteagudo (2010) se dedicaron a especificar cuáles son las características de un recién nacido macrosómico, rescatando que su peso suele ser de 4000 gramos o más y generalmente existe un aumento en peso, grasa corporal, longitud del cuerpo y circunferencia cefálica.

Una vez mencionado lo anterior, resulta comprensible entonces que el médico de Chayo y Marcos haya recomendado una cesárea, sin embargo, al cuestionarse a los participantes si se les realizó algún tipo de estudio, o si se les mostró algún indicio o evidencia de que su bebé estaba muy grande para no tenerlo por parto natural, ambos mencionaron que esto no ocurrió; además de que los padres comentaron que su hijo pesó 2500 gramos al nacer, lo que a juzgar únicamente por este dato, la bibliografía no indica que a este caso se le considere como macrosomía fetal.

De acuerdo a lo que se ha mostrado hasta ahora, podría parecer que la cesárea que fue sugerida no fue debidamente justificada a los padres, al menos no en la forma en la que el médico se los explicó, ya que sólo les dió una razón muy escueta, sin algún dato que pudiera mostrar que esa era la última opción a considerar; sin embargo, quizá lo más importante aquí sea rescatar el poco o nulo cuestionamiento que existía por parte de la pareja, aceptando en el momento las sugerencias del doctor.

En algún momento, Marcos refirió que sí llegaron a preguntarle a su ginecólogo acerca de la modalidad de parto en agua, sin embargo, en esa ocasión el médico no les dió mayor referencia y ellos no volvieron a indagar o cuestionar respecto a esta alternativa.

M:...lo consultamos con el doctor, oiga doctor cómo es eso del parto en agua, etcétera, y pues nos dijo “no se la compliquen, finalmente el niño va a llegar”, eso fue lo único que hablamos...

Como se ha visto hasta ahora, la pareja de parto medicalizado (Chayo y Marcos), en general no interrogaron a los profesionales ni cuestionaron sus prácticas como lo hicieron los de parto humanizado (Renata y Gael), quienes mostraron una actitud crítica y se ubicaron como protagonistas de su propio proceso de embarazo. Esto no significa que como padres Chayo y Marcos no se mostrasen interesados o que no se preocuparan por lo mejor para su parto, más bien, parecen inmersos en las premisas de la medicalización, por lo que consideraron adecuado dejar toda su confianza en el médico, pensando que eso era lo mejor para ellos y el nacimiento de su hijo. Su proceso de construcción de significados se desarrolló en medio de dichos estímulos y por consiguiente, sus decisiones se han encaminado en esa dirección y se muestran satisfechos con el resultado.

➤ *Elección de institución médica*

Como se ha mencionado, la construcción social de los significados dependerá de las vivencias que tienen las personas, y una visión importante en este tema es la situación de la elección de la institución médica, puesto que en muchas ocasiones de acuerdo con Olivares (2014), existe un constructo social muy fuerte de acuerdo a los significados de los demás respecto a los hospitales.

Uno de los aspectos importantes dentro de los significados y la toma de decisiones, fue la elección de la institución médica, ya que de acuerdo a sus experiencias y la información que buscaron, se observó que ambas parejas se inclinaron por elegir el sector privado, aunque sus motivos variaron, por lo que su proceso de elección fue distinto.

En el caso de la pareja de **parto humanizado**, ambos participantes mencionaron que en ningún momento consideraron recurrir al sector público, ya que que en ocasiones los servicios llegan a ser tardados y además, sus seguros

médicos podrían cubrir los gastos en una institución privada, por lo que se dedicaron únicamente a elegir el mejor hospital dentro de la cobertura, que se acercara lo más posible a lo que ellos deseaban y necesitaban.

No solo buscaron una metodología en cuanto a cuidados para el embarazo, ya que también investigaron hospitales que compartieran un procedimiento humanizado y que quedara cerca de donde vivía su ginecólogo, a pesar de que en un principio Gael no compartía esos ideales por falta de información, ambos se documentaron con las mismas fuentes, aunque en diferente proceso, llegando como acuerdo en común buscar algo que cubriera sus necesidades.

Dentro de su búsqueda visitaron diversos hospitales, uno entre ellos que incluso se dedicaba específicamente a promover el parto humanizado, con instalaciones adecuadas para llevar a cabo el parto en agua en cada habitación, sin embargo, este no fue el único elemento que consideraron para elegir el hospital.

De acuerdo a lo que Renata expresó, para la pareja lo más importante fue que el médico que había elegido pudiera llegar a tiempo al hospital, ya que para ella esto significaba una garantía de que sus decisiones serían respetadas, por lo que eligió no el hospital más cercano, ni el de mejores instalaciones, sino el que se encontró más cercano al domicilio del doctor y en el que era posible seguir con su ideología.

R: ...fuimos a ver varios hospitales ya acercada la fecha, y una de las cosas en la que nos basamos fue porque mi doctor vive a un lado...que respetaran las cosas que yo decidí...

A pesar de esto, Renata reconoció que el hospital que eligió, como algunos otros, mantenía procedimientos característicos bajo los cuales pretendía mantener el control, evitando que la parturienta eligiera libremente, aunque esta era la mejor opción entre todos los elementos que consideró.

Lo anterior se puede relacionar con lo que comenta Yelitza (2005), en

donde argumenta que una de las principales razones por las cuales las personas eligen una institución hospitalaria privada es el respeto que esperan a sus decisiones y el seguimiento a las recomendaciones del marco general de salud, por lo que primordialmente buscan una mejora en el servicio.

G: ...fuimos a ver la gran mayoría y nos quedamos en el que creímos que seguía nuestra manera de pensar...y que el niño naciera en una zona exclusiva para maternidad, y que no estés en el mismo sector que con los enfermos sino que estás en una zona como de felicidad...

En cuanto a la pareja de **parto medicalizado**, ambos expresaron que desde el inicio, optaron en común acuerdo por una institución privada, ya que habían escuchado experiencias muy desagradables acerca del sector público, por lo que pidieron opinión a su médico sobre las posibles opciones. Al hablar con su ginecólogo, este les habló sobre un par de hospitales, expresando su predilección por uno en específico debido a la atención y tecnología que poseían en la institución, lo que hizo que se decidieran por este último.

M: ...desde un principio habíamos acordado que fuera en sector privado, porque bueno, hay muchas historias muy escalofrantes en el sector público...

Ch: "...dijo que fuera en ese hospital, porque era el mejor equipado y que por cualquier complicación existía el equipo necesario, además de que la atención es muy buena..."

Yelitza (2005) menciona que el personal de salud a nivel médico y administrativo, no busca satisfacer la expectativa de servicio, ya que el único objetivo es atender la necesidad que existe en ese momento, sin embargo las personas también buscan calidad en el servicio y por ende lo encuentran en muchas ocasiones fuera del área pública recurriendo así a instituciones privadas.

Por otra parte, se puede observar que ambas parejas decidieron elegir una institución privada, ya que de acuerdo con González, Saucedo y Santa Ana (2010), existen diversos factores para tomar en cuenta el ámbito privado, entre

ellas tener un nivel económico mayor y el tener acceso a una mayor formación académica, aspectos que coinciden con los cuatro participantes y les facilitaron el acceso a este tipo de atención.

Críticas o comentarios en la familia y círculos sociales

Como sabemos, la primera institución es la familia, en donde se aprenden usos y costumbres para poder dar los primeros significados a nuestra vida, y que posteriormente podamos estructurar nuestras ideas pero con base en un punto de partida, sin embargo, en la actualidad es más difícil que las personas sigan cierto tipo de tradiciones. Como lo menciona Larry (2002), generalmente se da una influencia por parte de la familia, ya que se aprenden comportamientos que pueden llegar a seguir presentando a lo largo de su vida, aunque en algunas ocasiones, se llega romper ese esquema.

Mencionado lo anterior, se encontró que las críticas u opiniones que recibieron ambas parejas fueron muy diversas, enfrentándose tanto a comentarios a favor como en contra, independientemente del tipo de parto que eligieron. Por una parte se observó que la pareja de parto humanizado formó sus propias bases independientemente de los comentarios que recibió, mientras que la pareja de parto medicalizado siguió la estrategia de atender únicamente los comentarios del personal médico.

La pareja de **parto humanizado**, por su parte, mencionó que la mamá de Renata en algún momento no estuvo de acuerdo con la manera en que pensaban llevar su parto, debido a que no estaban considerando su opinión y participación durante el nacimiento de su nieto, sin embargo, Renata habló con su mamá para llegar a un acuerdo, expresándole las razones de su decisión. En el resto de la familia las opiniones estuvieron divididas, aunque esto no influyó en las decisiones de la pareja.

R: ...mi mamá se sintió mucho cuando le dije que no quería que estuviera en el parto pero entendió, digo, no le deja de doler pero sí lo entendió...la familia me

decía que la cesárea era más cómoda, o “¡ay qué valiente!”, “¡pero qué necesidad!”...

Mientras que la pareja de **parto medicalizado**, escuchó principalmente la opinión de un familiar suyo que era médico, ya que aunque más personas les hacían comentarios en torno a sus decisiones, el familiar tenía la característica de ser un especialista en el tema.

M: Tenía la opinión de un primo médico, nos platicó mucho sobre el parto, por eso también consideramos la opción de la cesárea...hubo varias opiniones, mis papás, gente que ya tuvo a su niño, amigos, muchos apoyaban el parto natural, otros que la cesárea...

Ch: ...mi primo que es doctor nos decía lo mismo (que era mejor la cesárea) porque decía que a veces pasaban cosas que tú no te dabas cuenta pero complicaban el parto, como que luego habían bebés que nacían y los volvían a meter para que salieran en mejor posición a la próxima contracción...

Es por eso que se puede observar cómo es que la pareja de parto medicalizado continúa dándole la razón al médico sin cuestionamientos. De acuerdo con Torres y colaboradores (2011), muchas personas atribuyen la total responsabilidad hacia el médico, ya que culturalmente hablando, han sido valorados desde hace décadas, lo cual le ha brindado a la comunidad médica un prestigio y legitimidad social para así ganar la confianza y el respeto de los pacientes; por lo que es fácil comprender las razones por las que la pareja de parto medicalizado atendió exclusivamente la opinión de su médico y la de su familiar que también era un profesional de la salud.

Acción del parto

Durante el apartado anterior, se dedicó especial atención al tipo de significados que los participantes construyeron acerca del alumbramiento y cómo dichas construcciones impactaron de forma muy particular sobre su toma de decisiones, sin embargo, la postura que elaboraron no sólo influyó sobre su

planeación y elección de tipo de parto, sino además modificó sus actitudes, formas de participación y vivencias, resultando distintas experiencias alrededor del mismo hecho en cada pareja, las cuales se analizarán con detenimiento durante esta categoría.

De acuerdo a las narrativas de los padres de **parto humanizado**, el alumbramiento de su hijo ocurrió de forma muy rápida, mismo que provocó que algunos aspectos que habían planeado no resultaran como ellos deseaban, aunque la postura que mantenían ante el parto los ayudó a prevenir gran parte de los contratiempos, impactando considerablemente su vivencia durante este proceso.

Según refirieron los participantes, las contracciones comenzaron un sábado alrededor de las 10 de la mañana, Renata expresó que desde esa hora comenzó a sentir cólicos, pero que no le causaban mayores molestias, por lo que lo tomó con mucha calma y ambos decidieron acudir a una reunión familiar a pesar de los síntomas que presentaba.

R: ...tenía contracciones como cólicos, pero no me dolían, incluso ese día era cumpleaños de mi suegra, fui partícipe, aunque si me di cuenta que en el transcurso del día no deje de tener cólicos...

Una vez que regresaron a casa, ambos comenzaron a registrar la frecuencia de las contracciones, que después de las 10 pm ya eran cada media hora, aunque aún no le eran demasiado molestas. Fue entonces cuando llamaron a su ginecólogo y doula para notificarles sobre su estado, ellos les respondieron que estuvieran tranquilos, ya que el proceso apenas estaba comenzando.

G: ...yo veía que si le dolía y me di cuenta que se quería portar muy “cool”...empezamos a tomar nota de cuánto duraban las contracciones, le preguntaba qué sentía y me decía “no nada, coliquito, coliquito”...

De esta forma, se puede observar que a pesar de sentir molestias, Renata maneja las contracciones de modo muy natural y tranquila, realizando actividades

que llevaba a cabo de forma cotidiana y participando en su medio activamente, sin la necesidad de poner demasiado énfasis en su dolor, lo cual de acuerdo a Goberna et al. (2008), se pudo encontrar relacionado con el tipo de preparación previa y la visión que construyó durante su embarazo, ya que durante sus observaciones encontró que aquellas mujeres que se sentían capaces de afrontar su propio proceso con éxito, manejaban la situación de forma más abierta y positiva, teniendo gran importancia la percepción previa y las herramientas con las que cuenta la pareja.

La pareja siguió registrando las contracciones durante unos minutos pero ambos se cansaron y fueron a dormir, entonces fue cuando Renata mencionó que en la madrugada sintió un dolor muy fuerte que la despertó, llamó a Gael y notó que las contracciones ya eran muy fuertes, dolorosas y constantes, cada 8 minutos, lo que llevó a Renata a comenzar a controlar su dolor con diversas técnicas, manejando su respiración y adoptando la postura que para ella le fue más cómoda. Ambos se cambiaron y se prepararon para salir al hospital.

R: ...es como muy instintivo, te duele, dejas de respirar, aguantas así (se inclina) y respiras así profundo, pero es como te sale natural, porque así te lo está pidiendo tu cuerpo...ya para bajar las escaleras yo me agachaba, porque así me sentía cómoda, tenía que estar como doblada...

Salieron aproximadamente a la 1:45 am de su casa y se comunicaron de nuevo con su doctor y doula, él les comentó que esperaría la llamada de la institución para saber que ya habían llegado y ella que saldría en ese momento para llegar al hospital con ellos, por lo que hasta entonces Renata y Gael siguieron el plan que habían elaborado antes de su parto.

G. ...cuando ya íbamos al hospital, ya teníamos algunas cosas preparadas en el auto y pues empiezas a seguir tu lista...

Durante el camino ella refirió sentir mucho dolor, aunque no quería alterar a Gael, por lo que ella sólo cerraba sus ojos y puños cuando llegaba una

contracción. Finalmente a las 2:15 am llegaron al hospital, los registraron e ingresaron.

R: ...no quería preocupar a Gael, entonces no gritaba, nada más como que me ponía así (intentando estar en una posición fetal) y me acuerdo que temblaba mucho hasta llegar al hospital...

Es así como se puede observar, que gracias a la libertad que Renata mantuvo al realizar los movimientos que consideró mejores, tanto en su casa como en su automóvil, ella encontró su propio método para manejar el dolor, atendiendo principalmente lo que su cuerpo le dictaba, adoptando las posturas que le fueron más cómodas y controlando su respiración, de tal forma que la intensidad de las contracciones le fueron más tolerables.

En este sentido es que se ha encontrado una gran ventaja en percibir el alumbramiento como un proceso activo, ya que ha sido ampliamente demostrado cómo el mantener un papel protagónico en la mujer y la familia, permite que ellos construyan sus propios medios para enfrentar cada fase: antes, durante y después del parto (Soto et al., 2006), postulados que desde la perspectiva del parto humanizado son priorizados y con los que Renata ya se encontraba ampliamente familiarizada, por lo que ella ya conocía otras posibilidades de experimentar su parto, de verse a sí misma y manejarse durante la evolución del mismo.

Al llegar al hospital, ni el doctor de la pareja, ni su equipo, habían llegado a la institución, ya que el procedimiento indica que una vez que llega la parturienta al hospital y se le revisa, entonces se le da aviso a su médico, fue por esto que Renata tuvo que ser atendida de manera inmediata por un médico de la institución, él le pidió que se acostara en la mesa de exploración pero ella le dijo que no se sentía cómoda de esa manera, a lo que él respondió diciéndole que tenía que mantenerse de esa forma para la revisión. Renata accedió en ese momento, aunque reconoció que eso era parte de los procedimientos del hospital y que eso ocurrió debido a que no fue atendida por el equipo que habían elegido, sin embargo, prosiguieron con la revisión.

R: ...me estaba revisando el médico y de repente nos mira así (pone cara de sorpresa) y sale corriendo, Gael y yo sólo nos quedamos viendo y él sólo me dijo “¿qué pasó?”, y yo, ¡no sé!, pero él se fue corriendo y llegó como con tres, nada más escuchamos ¡háblenle al doctor!...y me dice tienes ocho de dilatación, tu bebé está aquí como en media hora, (comienza a entrecortarse su voz) entonces yo me asuste muchísimo, ¡ah! ya hasta quiero llorar, y le dije ¿cómo?, ¿pero mi doctor y mi doula?, y me dijo “ya no hay tiempo”...

Durante este primer acercamiento de la pareja con los profesionales de salud que laboraban en el hospital, se puede notar que a pesar de que Gael y Renata ya se encontraban informados sobre sus derechos y ya habían realizado un plan de parto previamente, aun así se tuvieron que enfrentar a los procedimientos y protocolos que se realizan de manera rutinaria en el sector salud, en el que según Lugones y Ramírez (2012) los hospitales suelen dejar muy pocas opciones a las familias, dando lugar a la pasividad y priorizando el uso de la posición horizontal sobre otras, misma que ya se ha mencionado anteriormente beneficia más al médico que a la parturienta.

Sin embargo, desde la perspectiva de parto humanizado no sólo se cuestiona el uso de éstas técnicas, sino también la poca o nula interacción que tienen con la parturienta y su acompañante, no escuchando sus inquietudes o bien ni siquiera informándoles de manera adecuada; que en el caso de la pareja de parto humanizado llegó a ocurrir, al no brindarle opciones a Renata ante su petición de no querer estar acostada o al no informarles sobre la evolución de su parto antes de alterarlos, ya que sin brindar información el médico salió corriendo, preocupando a la pareja por su estado y el movimiento a su alrededor.

Después de esto, el equipo médico le brindó una bata a Gael y comenzaron a preparar a Renata para su parto, ya para entonces, ella sentía mucho dolor y la necesidad de gritar a manera de liberación, sin embargo, de acuerdo a lo que ella refirió, se dió cuenta que tenía mucha tolerancia al dolor, ya que no notó en qué momento su dilatación aumentó, puesto que hasta antes de llegar al hospital supo

encontrar los medios para manejar y controlar su dolor, haciendo que éste fuera más tolerable.

Estando en la sala de parto, llegó el anestesista del hospital, quien al verla gritar, le preguntó si deseaba anestesia, Renata le respondió que sí y Gael se mostró sorprendido, preguntándole a su esposa respecto a los acuerdos a los que habían llegado, pero Renata sentía demasiado dolor y decidió que ya no podía soportarlo más.

R: ...llegó el anestesista, que no era del equipo de mi doctor obviamente, me dijo “¿Quieres anestesia?”, y yo le dije “sí”, que incluso mi esposo le dijo “no, no, no, espérate”, entonces voltea y me dice “¿qué habíamos dicho?”, y yo le dije “¡que me la pongan!” (con una expresión de dolor y desesperación), le dije “si la quiero”, entonces el anestesista me la puso porque yo se la pedí...

Respecto a este punto, por una parte, se puede notar que los métodos que Renata venía utilizando para el manejo de su dolor, fueron interrumpidos por las indicaciones del médico al pedirle que se mantuviera en una posición en específico, y por otra parte, que ella ya no encontró alternativas para aliviar su dolor más que la que le ofrecían en ese momento, su doula no estaba para ofrecerle otros medios, sin embargo, tal como ella lo había deseado, Renata pudo decidir hasta qué momento toleraba el dolor y la anestesia le fue suministrada bajo su consentimiento y petición.

Unos minutos después llegó su ginecólogo, él sí alcanzó a llegar pero su doula no, ya que al poco tiempo de haber llegado al hospital su bebé nació; de acuerdo a lo que refiere la pareja, su parto en realidad fue muy rápido, por lo que Gael tampoco tuvo la oportunidad de participar demasiado, aunque en todo momento estuvo al lado de Renata y ella pudo sentir su presencia. Después de que llegó su doctor, ella recuerda que pujó tres veces y en la cuarta ocasión nació su bebé alrededor de las 2:50 de la mañana, una hora y media después de que tuvo la primer contracción fuerte, por lo que todo ocurrió de manera muy acelerada.

R: ...Gael estuvo a lado mío todo el tiempo apoyándome...yo creo que hubiera sido muy padre tener esa labor de parto para estar más como pareja, pero la verdad es que no hubo tiempo...

En cuanto al tipo de participación que tuvo Gael durante todo el trabajo de parto, se pudo notar que se mostró interesado y muy activo dentro de sus posibilidades, desde el inicio estuvo registrando las contracciones en conjunto con Renata, preparó las cosas antes de irse y se mantuvo atento a seguir las indicaciones que les habían dado, cuando llegaron al hospital en todo momento estuvo a su lado y cuando surgieron situaciones fuera de sus planes también se detuvo a hablarlo con su esposa, aunque por la rapidez en la que sucedió el nacimiento de su hijo no tuvieron la oportunidad de vivir su parto más en conjunto.

De acuerdo a lo mencionado por Pujadas et al. (2011), la presencia de un acompañante significativo para la mujer durante el parto, representa un apoyo emocional que brinda un ambiente de mayor confianza y seguridad, disminuyendo a su vez los niveles de estrés y ansiedad de la madre; que en el caso de la pareja de parto humanizado, se pudo observar en la narración de Renata, al expresar que la presencia de su marido representó un gran apoyo, deseando haber vivido el proceso con mayor participación como pareja.

Después de que nació su bebé, Renata notó que su dolor disminuyó considerablemente y que todo se calmó dentro de la sala, el neonatólogo que había elegido llegó y colocó al bebé en su pecho, después de un tiempo se lo llevaron a medir y a ella la pasaron a la sala de recuperación; aunque no le gustó que el anestesista decidiera ponerle un sedante, ya que comenzó a sentir su efecto después del parto y no disfruto el estar con su bebé de la misma forma, por una parte le gustó no sentir tanto dolor, pero por otra le desagradó no estar totalmente consciente durante el nacimiento de su hijo.

G: ...El anestesista le puso un shot más de anestesia y allí entró un sentimiento de frustración porque pues ella no lo disfrutó igual...

Renata mencionó que quizá el anestesista decidió sedarla porque la vió

gritando y eso lo hizo pensar que estaba sufriendo demasiado, posteriormente Gael y su doula lo regañaron por no preguntar o avisar sobre el tipo de anestesia que le administrarían, pero Renata comprendió que él hizo lo que creyó mejor en ese momento.

Tomando en cuenta lo anterior, Martínez y Delgado (2013) mencionan que el dolor percibido durante el parto ha sido catalogado como uno de los más intensos y agudos en la vida, aunque puntualizan existe una amplia variabilidad de experiencia, encontrándose quienes no lo soportan desde las primeras contracciones, hasta quienes lo encuentran como una molestia tolerable; en consecuencia, no todas las mujeres expresan su nivel de dolor de la misma forma y por ello no se puede generalizar su significado.

En el caso específico de Renata, ella expresó que sus gritos eran más un método de liberación, sin embargo, el médico anestesista no se detuvo a preguntar sobre el tipo de anestesia que deseaba y se dejó guiar más por lo que él creyó conveniente en su momento, situación que vuelve a revelar el poco contacto que llega a surgir por parte de los profesionales con las parturientas y lo sencillo que suele parecer el tomar decisiones sólo a su consideración, aunque es importante recalcar que esto no es generalizante y que aún nuestro país se encuentra en una modificación de paradigmas, en cuanto a atención maternal se refiere.

Después del parto, Gael y Renata estuvieron con su hijo en la misma habitación hasta que salieron del hospital.

De acuerdo a lo anterior, es posible notar que el parto de Gael y Renata, a pesar de haber sido planeado como un parto humanizado, no cubrió con sus características en su totalidad, he incluso no se cumplió con todos los índices de la buena práctica obstétrica propuestos por la OMS, como por ejemplo, el ofrecer métodos no farmacológicos para el control del dolor durante el parto y mantener la libertad de movimiento durante el trabajo de parto; aunque hubieron otras características que si se le acercaron, llegando a ocurrir éstas, gracias en gran

parte a la preparación de la pareja, como el encontrar un medio efectivo para el control del dolor durante las contracciones, siguiendo los instintos y necesidades de la madre, el propiciar la presencia de un acompañante, en este caso el padre, mantener el contacto temprano piel a piel entre la madre y el bebé, promoción de la lactancia materna y propiciar menor permanencia en la institución hospitalaria.

Respecto a la pareja de **parto medicalizado**, los participantes refirieron que su parto se dió de forma repentina, ya que esperaban dos semanas más para que programaran su cesárea, lo que los puso un poco nerviosos respecto a lo que vendría.

De acuerdo a lo que mencionó Chayo y Marcos, ella había estado despertando continuamente debido a que tenía pequeños dolores, sin embargo, alrededor de las siete de la mañana, ella se percató de que las contracciones ya eran más frecuentes y el dolor iba en aumento, por lo que Chayo decidió avisarle a Marcos explicándole el tipo de dolor que tenía, posteriormente prepararon sus cosas y salieron hacia el hospital.

M: ...Chayo me comentó que las contracciones ya eran más seguidas, que ya llevaba tres, me explicó el dolor que sentía y la constancia de las contracciones, luego luego le hablamos al doctor...

Al llegar al hospital, Chayo fue ingresada a urgencias mientras Marcos aguardaba en la sala de espera, el médico en turno la revisó y le dijo que todo iba progresando muy bien, por lo que lo más seguro era que su parto fuera natural y su bebé naciera muy rápido, para entonces Chayo ya tenía cinco centímetros de dilatación y expresó que ya sentía bastante dolor, ella le respondió que ya estaba programada para cesárea, sin embargo el personal sugirió que se diera de forma natural, hasta aquí se puede observar que los médicos no precisaban alguna anomalía como para que Chayo pudiera tener su parto de manera natural.

M: ...llegamos al hospital y el médico de ahí la revisó, no quería intervenirla...allí es cuando te empieza a dar ese nervio porque todo estaba planeado para que no se dieran ese tipo de cosas...

Rápidamente Chayo subió de dilatación y ambos se comenzaron a estresar porque no querían autorizar su cesárea, su doctor todavía no llegaba y los dolores para ella iban en aumento, aunque encontró la forma de sobrellevar su dolor controlando su respiración.

Ch: ...subí de dilatación a ocho y me decían que por qué no lo tenía natural, yo les dije “como quieran, pero ya sáquenme al bebé por favor”...yo no fui a ningún curso de estos psicoprofilácticos, pero yo solita empezaba a respirar, me salió como de forma instintiva, respiraba profundamente y sentía como se desvanecía...

Cabe señalar que, aunque la pareja estaba recibiendo la opinión de otro experto, argumentando el porqué pudiera ser un parto natural, la pareja decidió apearse a las decisiones de su médico, aunque este último no hubiera visto cómo es que estaba la situación en ese momento.

Acto seguido, el médico de urgencias se logró comunicar con el médico de la pareja y le expresó que de acuerdo a su criterio el parto de Chayo podría ser de forma natural, ella mencionó que escuchó que el médico le dijo que no, pero que además le dio otra indicación, el médico de urgencias paso a revisarla de nuevo y entonces acordó con su médico que se le esperarían para que realizara la cesárea, según la percepción de Chayo, ella cree que su médico le dijo que pusiera atención en algún otro detalle, ya que después de eso, el médico de urgencias no insistió más con un parto natural, y fue hasta entonces cuando el personal médico se coordinó para llevar a cabo la cesárea, sin embargo, aunque el médico dió la indicación por teléfono, en ningún momento le explicaron a Chayo que era lo que sucedía.

Finalmente, el médico de la pareja llegó al hospital y el anestésista se presentó con Chayo para realizarle un bloqueo epidural, quién de acuerdo a su narración fue muy amable con ella y le indicó cuidadosamente lo que tenía que hacer; posterior a esto, ingresaron a Chayo y permitieron el paso a Marcos al quirófano, ya que su médico indicó que él era su familiar, e incluso le dejaron

grabar dentro de la sala, aun cuando esto no estaba permitido dentro los lineamientos de la institución.

Una vez que comenzó la cirugía, Chayo refirió que no sintió demasiado dolor, sólo la molestia que tuvo al momento de realizarle la incisión; sin embargo, el apoyo de Marcos, le brindó la confianza y seguridad necesaria para afrontar el momento con tranquilidad, lo cual se puede reiterar con la opinión de Morláns (2011) refiriendo que el acompañamiento por una persona que sea significativa para la mujer, aminoriza el dolor, así como el aumento de la confianza para el progreso del parto. Por otra parte, desde su perspectiva, la atención de los médicos fue muy profesional, apoyándola en todo momento cuanto podían. Por su parte, Marcos expresó que durante la cesárea, él se sintió preocupado y con estrés, aunque procuró no hacérselo notar a su esposa, tomándola de su mano y platicando con ella para mantenerla tranquila, lo que ayudó a que el procedimiento fuera más sencillo.

Ch: ...yo no sentí tanto dolor, más bien cuando me abrieron, yo vi cuando el bisturí me paso de lado a lado...en el hospital siempre hay alguien a tu lado, pero la presencia de mi esposo fue la que me dio mucha confianza para que todo fuera más fácil...

M: ...yo quería que estuviera tranquila y traté de ayudarla, agarrándole su mano, estaba cerca de su cabeza...

Una vez que nació el bebé, el personal médico se dedicó a revisarlo y llamó a Marcos para que se acercara a verlo, él lo cargó y posteriormente se lo mostró a Chayo, pero no pudo estar en contacto con él hasta que llegó a su cuarto, se lo dejaron un par de horas y de nuevo se lo llevaron hacia los cuneros, por lo que durante su estancia en el hospital estuvo con su bebé por intervalos.

Ch: ...primero se lo enseñaron a mi esposo e inmediatamente me lo enseñó...cuando me llevaron a mi cuarto ahí fue cuando me llevaron a mi bebé, entonces estuve con él tres horas, después se lo llevaron y lo ponían en los cuneros porque los tenían que estar revisando...

Finalmente, algo curioso para Chayo, fue que al nacer su bebé notó que el médico desenredo el cordón umbilical de su cuello, situación que no se le había informado previamente, por lo que ella expresó que quizá su médico ya lo sabía desde antes, pero no lo había querido decir para no preocuparlos y fue por esto que sugirió la cesárea, lo cual, de acuerdo con Luján (2013), menciona que poco a poco los médicos han hecho de ciertos procedimientos una rutina, la cual es una de las características principales del parto medicalizado, no en sí misma la cesárea, sino el hecho de llevarla a cabo de manera injustificada.

En realidad esto no fue confirmado por su médico, sin embargo, Chayo lo creyó así porque no permitió que siguiera su parto de forma natural, aunque esto no significó problema alguno para la pareja, ya que reiteraron que confiaban totalmente en las decisiones del médico y que el no conocer todos los datos sobre su parto de alguna forma los pudo beneficiar, ya que no tenían injerencia sobre ese tipo de complicaciones, en cuanto a esto, Carmona (2007) refiere que paulatinamente los médicos han desplazado la medicina humanista, puesto que han legitimado el lenguaje de su práctica, y por ende, dejan sin la capacidad de poder expresarse a las personas que son atendidas, como fue el caso de Chayo.

Ch: ...yo siento que por eso nuestro médico sugirió la cesárea...después él me dijo que pensaba que quizá si lo hubiéramos podido sacar de forma natural, pero que el cordón se le empezó a enredar...yo creía en él y creo que me hubiera angustiado si lo sabía, creo que hay cosas que sí dependen de ti, pero otras no y ésta era una de ellas...yo sabía que estaba en las mejores manos y que iba a salir bien...

Sin embargo, dentro del marco de los índices en torno a la buena práctica obstétrica señalados por la OMS, el parto careció de una buena práctica, pues independientemente de la modalidad de parto que sea, no ofrecieron a la madre algún método no farmacológico para el control del dolor, omitieron información y le privaron la libertad de movimiento a lo largo del trabajo de parto.

A pesar de dicha situación, Chayo expresó que lo más importante para ella

fue la salud de su hijo, por lo que al final todo se compensó con la satisfacción de saber que su hijo estaba sano, aunque hubiera atravesado momentos de dolor intenso, o situaciones que que no fueron de su agrado, pero como se ha visto antes, el momento de delegar la situación a los médicos, ella menciona que todo se justifica al ver a su bebé sano.

Ch: ...hay cosas como que hasta se te olvidan, con el bebé ya todo es diferente, la satisfacción de ver a mi bebé bien hace que todo sea diferente...

De esta forma, analizando las experiencias de ambas parejas independientemente de su tipo de parto, podemos observar que no existen clasificaciones determinantes en las que se pueda decir que un parto ha sido totalmente humanizado o medicalizado, se pueden rescatar significados predominantes que hagan que cada pareja construya una u otra forma de percibir el alumbramiento, sin embargo, el mismo transcurso de los hechos hace que no todo se pueda controlar y en todo caso, no sería esto lo más importante, sino brindar atención a cómo cada persona o pareja reacciona a estos cambios de acuerdo a su visión, que en el caso de la pareja de **parto humanizado** se observó que ambos padres mantenían la preocupación por ser atendidos por los profesionales que ellos habían elegido, dado que estaban ocurriendo situaciones fuera de lo que habían planeado, aunque la prioridad de hacer que su hijo llegara con bien hizo que otras cosas pasaran a segundo término; mientras que la pareja de **parto medicalizado** reforzó su confianza en el personal médico, apreciando la atención de aquellos médicos que la trataban bien y creyendo íntegramente en lo que su doctor indicaba.

Post-parto

Como se ha visto, la toma de decisiones de ambas parejas ha tenido una base totalmente diferente una de la otra, esto es por la información que han tenido, y la manera en que la han manejado, tal es el caso de este apartado de post-parto, en donde se podrá ver cómo es que las parejas interpretan su experiencia con base a su elección, y como es que esa elección repercute en sus

vidas.

Interpretación de su experiencia después del parto

Respecto a este punto, en general la pareja de **parto humanizado** expresó que se sentía satisfecha con las decisiones que había tomado y agradecida con el tipo de parto que experimentaron, aunque a Gael le hubiera gustado investigar más para tener mayores herramientas al reaccionar.

G: ...hubiera investigado más cosas, no dejar tanto que Renata me enviara información...pensé que era una cosa como muy natural y bueno, me falta mucho por saber...

Con relación a los diversos cambios o imprevistos que ocurrieron durante su parto, Renata refirió que es muy diferente el planearlo todo, a estar viviendo la situación real, ya que pueden surgir diversos contratiempos o variantes que son difíciles de contemplar, lo que a ellos les dificultó apegarse a lo que ya tenían previsto, sin embargo, su preparación y diálogo previo los hizo sentirse más seguros, lo que al final propició que como pareja se sintieran tranquilos con los resultados obtenidos.

R: ...a veces es difícil controlar todo en una situación así, como que me hayan querido acostar, no era la gente con la que yo había hablado, pero bueno, el bebé viene y él no te va a decir “no espérate, tiene que llegar la gente con la que yo tenía mis acuerdos”...creo que me fue bien, pude llegar al hospital que había planeado, mi doctor si estuvo ahí...

Por otra parte, para Renata, fue muy impactante el poder interactuar con otra mamá que había recién vivido una cesárea, ya que notó en ella dolor e incomodidad que Renata no presentaba, necesitando incluso apoyo para moverse y atender a su bebé, lo que la hizo reflexionar sobre las ventajas de haber decidido llevar su parto de esa manera. Ya que como lo menciona Peralta (2003), los cambios en la mujer durante la cesárea no son naturales y por ello los dolores deben de procurarse con anestésicos, mientras que la mayoría de las mujeres

después de tener a su bebé de forma natural logran restablecer su salud mucho más rápido.

R: ...a ella le habían hecho cesárea, le pregunté “¿Cómo te sientes?”, no pues que mal, pero le veías la cara a la pobre y se veía mal, y yo la verdad estaba muy bien...ahí fue cuando dije no, definitivo mi decisión fue la mejor, porque me siento bien para atenderlo y para sentirme bien conmigo misma...

Mientras que para Gael, le fue relevante el poco tiempo que pudo compartir con su esposa para disfrutar el nacimiento de su hijo, ya que en medio de las visitas familiares y otras demandas en el hospital, le fue complicado estar tranquilo y a solas compartiendo con Renata, lo que expresó seguramente modificará en el nacimiento de su siguiente hijo. Y de acuerdo con Maldonado (2008) se ha visto que durante los últimos años, los padres han preferido estar más tiempo con su hijo inmediatamente después de nacer, ya que en un principio, únicamente la madre era quien estaba con el neonato, esto se ha vuelto posible gracias a que la mayor parte de los padres en la actualidad han podido expresarse de una mejor manera.

G: ...no le hubiera dicho a la familia que llegara a las diez de la mañana, o sea comentarles que llegarán a medio día para disfrutar de eso en pareja...

Finalmente, ambos mencionaron que como recomendaciones principales, aconsejarían a otros padres informarse mejor e indagar en distintos medios, haciendo respetar sus derechos y expresando sus deseos e inquietudes en cualquier momento, lo que a su forma de ver, haría que como pareja pudieran disfrutar mucho más el proceso de ser nuevos padres.

R: ...recomendaría que se informen...un parto es lo que tu cuerpo pide...muchas mujeres o familias se van con la idea de decir “pues como yo no sé de esto y ellos sí, pues yo no puedo opinar”, pero es parte de la desinformación...

Respecto a la pareja de **parto medicalizado**, se encontró que ambos participantes valoraron su parto como un suceso agradable, expresando sobretodo

que la atención del personal médico fue de gran calidad y se sintieron cómodos con la forma en la que fueron tratados. Ambos se refirieron al parto nuevamente desde una perspectiva natural, considerando incluso esto como una opción para su siguiente hijo, aunque sus diálogos aún mantenían la consideración de los médicos y la apreciación de la tecnología, significados predominantes que ya guardaban con anterioridad.

Ch: ...es una experiencia que casi todas las mujeres queremos disfrutar, yo les diría “tienes que confiar en ti mismo y saber que si lo puedes hacer”, pensando que es algo natural, ha avanzado mucho la tecnología y gracias a eso también estamos aquí...

M: ...claro que sí, inclusive si nos dicen que no hay algún riesgo claro que lo consideraríamos (parto natural)...

Analizando las interpretaciones finales que la pareja de parto medicalizado externó, se puede percatar que ambos se sintieron satisfechos con su vivencia y sus elecciones, lo que hace notar que no existe una única forma de llevar a cabo el parto, ni tampoco que una perspectiva sea mejor que la otra, más bien que todo depende de la construcción que cada individuo elabore, que aunque esto depende en gran medida de las relaciones y el contexto sociocultural, una persona puede igualmente disfrutar de su parto rigiéndose por las recomendaciones de su médico, si ésta piensa y vive creyendo que eso es lo mejor, reiterando que todo depende de su visión y sus significados alrededor de la situación.

Impacto en otras áreas de su vida

En cuanto al impacto que les dejó el acontecimiento del parto, la pareja de **parto humanizado** refiere que ahora puede expresar con mayor libertad sus deseos y sentimientos, ya que para Renata lo sucedido le dio mucha seguridad al percatarse que, aunque no era experta en el tema, ella pudo indagar y establecer su punto de vista basándose en argumentos sólidos, cuestionando la opinión de los demás sin importar su ámbito de especialización; mientras que para Gael, su

embarazo y parto lo impulsó a ser más abierto en cuanto a sus sentimientos y a demostrarlos con mayor facilidad.

R: ...creo que he aprendido a decir que si estoy dispuesta a tomar una decisión va a ser porque voy a estar informada y lo voy a poder defender...que incluso si no soy yo la experta, tengo ese derecho y puedo sugerir, y no lo digo sólo para el parto, sino en general...

G: ...ya puedo expresar un poco más los sentimientos, mejoré en eso de ser más abierto en el corazón, de no tener miedo de expresar lo que sientes...

Además, Gael refirió que a lo largo de su trayectoria profesional, él siempre trabajó muchas horas al día, que aunque si es respetuoso con los tiempos, mencionó que después del nacimiento de su hijo cambió su rutina y ajustó horarios para poder estar más tiempo con su familia, modificando su perspectiva de vida y prioridades. Lo cual se ve reflejado en lo que argumenta Costa (citado en Nieri, 2012) en donde dice que la paternidad se caracteriza por el hecho de que el padre se vuelve un cuidador más afectivo con sus hijos y busca la manera de expresar los sentimientos o alguna sensación de afecto que llegue a sentir.

G: ...toda mi vida he sido un workaholic...pero tus prioridades cambian y quieres pasar más tiempo con tu familia...en la parte postparto tuve tiempo para disfrutarlo y es cuando ya me entró el veinte de que ya había nacido mi hijo...si cambia tu visión del mundo y ahora hasta cuido más mi salud para estar con él...

Finalmente, la pareja de **parto medicalizado** mencionó ciertos cambios en su vida y específicamente características que desarrollaron como padres, como por ejemplo, Marcos refirió que se volvió más tolerante, precavido y sensible, con el interés de estar presente en el desarrollo de su hijo, mientras que Chayo mencionó que ahora su tiempo lo distribuye de otra forma, dándole prioridad a las necesidades de su hijo, sin embargo, este tipo de aspectos que rescataron no fueron consecuencia directa del tipo de parto que vivieron, sino del hecho de ser padres, por lo que en esta subcategoría no se detectó algún tipo de impacto en otras áreas de sus vidas resultado de su elección en el tipo de parto.

M: ...te vuelves más tolerante, más precavido, más sensible a ciertas cosas y al final si debes de incluirte en el desarrollo de tu hijo...

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como ya se ha mencionado a lo largo de este estudio, el parto es un proceso biológico alrededor del cual se han construido distintos significados derivados de múltiples factores y circunstancias, que van desde el momento sociohistórico en el que se esté viviendo, hasta los valores y prioridades bajo los cuales cada persona rija su vida, por lo que existen tantos tipos de experiencias y narraciones, como número de personas que han parido, acompañado y tratado este suceso.

Por lo tanto, aún existen cuestionamientos constantes respecto a cuál es la mejor forma de brindar atención a las parturientas y sus familiares, encontrando amplios debates acerca de cómo dichos procedimientos pueden beneficiarlos o perjudicarlos, por lo que en este apartado se reflexionará en torno a las experiencias de las dos parejas participantes, comparando a su vez sus narrativas con lo estudiado a través de la bibliografía consultada.

Para empezar, consideramos que la presente investigación cumplió con su objetivo principal, ya que se logró identificar a través de las narrativas de dos parejas heterosexuales, los significados predominantes que rodearon sus decisiones en la elección de tipo de parto: humanizado vs medicalizado; además de conocer las interpretaciones de sus decisiones, a través de sus experiencias antes, durante y después del parto. Es por esto que se pueden destacar como elementos importantes los hallazgos que se detallarán a continuación y que constituyen nuestros ejes de análisis.

Respecto a los significados predominantes previos al embarazo de los participantes, se encontró que ambas parejas coincidieron en percibir dentro de su contexto, diversos estímulos dirigidos a percibir el parto como un suceso doloroso, estresante y complicado, llevado a cabo en un ambiente agitado y lleno de gritos. Esto debido a que observaban en la mayoría de los medios de comunicación, programas o películas, escenas que mostraban el parto de esta manera, percibiendo este tipo de referentes sociales desde mucho antes de estar embarazados, lo cual concuerda con lo mencionado por Rocha et al. (2011) al

rescatar el impacto de los medios de comunicación alrededor de este tema en la construcción de significados.

De igual forma, ambas parejas mencionaron tener malas referencias respecto a la atención en el sistema de salud público, ya que conocían por las noticias o testimonios cercanos, que la atención en instituciones de gobierno tendía a ser de mala calidad, por lo que expresaron que ya mantenían cierta preferencia por los servicios privados.

Respecto al ámbito de la religión, los cuatro participantes refirieron ser creyentes, aunque no practicantes de alguna religión, por lo que en esta investigación no se encontró algún tipo de influencia de este aspecto.

En cuanto a los significados que mantenían ambas parejas sobre el parto previos a su embarazo, se observó que sus familias de origen tuvieron una gran influencia, no tanto por la información proporcionada sino por las interacciones simbólicas que mantenían (Cañón et al., 2005). Ya que en las familias de la pareja de **parto humanizado** existieron tanto casos de parto natural como cesáreas, aunque ya comenzaba a verse esta última como la opción más cómoda y viable, por lo que los participantes que eligieron esta modalidad, curiosamente al principio mantenían la noción de que la cesárea era el método más adecuado. Mientras que en las familias de la pareja de **parto medicalizado** ocurrió lo contrario, pues en ellas se experimentaron más partos naturales, por lo que los participantes mantenían que dicha opción era la mejor, aunque más adelante tomaron decisiones distintas.

Respecto al momento en el que las parejas eligieron su tipo de parto, en la presente investigación se encontró que uno de los elementos que provocó mayor diferencia entre las decisiones y vivencias que referían ambas parejas, fue la búsqueda de información, ya que éste fue un factor indispensable para ampliar contextos, perspectivas y construir nuevos significados alrededor del parto. Esto ocurrió en el caso de la pareja de **parto humanizado**, quienes con base en la información recabada tuvieron un abanico mucho mayor de posibilidades que la

pareja de parto medicalizado. Esto tiene relación con lo que proponen Basso y Monticelli (2010), quienes refirieron en su investigación que las parejas que tienen mayor información, así como la oportunidad de generar retroalimentación con los profesionales, muestran mayor capacidad para proponer diferentes alternativas por sí mismos, lo cual coincidió con el proceder de la pareja de parto humanizado.

Por otra parte, Vena, Puertas de la Luz y Revolo (2013), proponen que la falta de información se relaciona a su vez con actitudes más conservadoras alrededor del parto, lo que propicia una tendencia a dejar todo en manos de los médicos, delegando en gran parte las decisiones al experto, situación que fue observada en la pareja de **parto medicalizado**, al elegir una cesárea por sugerencia del médico, sin realizar ningún tipo de búsqueda previa o alternativa.

Además, se encontró que en contraste con Velázquez (2004), quien plantea que entre más alto sea el nivel de estudios, más nivel de cuestionamiento se tiene hacia los eventos que les rodean, en esta investigación la pareja de parto medicalizado, quienes tenían un mayor grado académico (Maestría), no cuestionaron acerca de distintos aspectos que surgieron a lo largo del proceso de embarazo y parto. Mientras que la pareja de parto humanizado, quienes tenían licenciatura, fueron más críticos ante la información presentada por los médicos, posicionándose a sí mismos como protagonistas de su propio proceso.

Resultado de lo anterior, se observó que la pareja de parto humanizado tuvo un proceso más complejo para llegar a acuerdos, ya que constantemente dialogaban en conjunto el tipo de decisiones que tomarían. Mientras que la pareja de parto medicalizado ponderaba con mayor importancia la opinión y trayectoria de su médico, manteniendo la idea de que el experto es el especialista y ellos no podían opinar demasiado al respecto.

En cuanto al momento del parto, se pudo observar, tal como lo mencionan Goberna et al. (2008), que la introducción de avances tecnológicos por sí mismos no resultan perjudiciales, puesto que se ha visto que en determinados momentos, los procedimientos o la indumentaria utilizada han proporcionado seguridad a la

pareja, por lo que el procedimiento en sí mismo no representa una deshumanización del parto, sino la asistencia despersonalizada. Tal fue el caso de la pareja de **parto medicalizado**, en donde aunque fue una cesárea, no quedó muy clara la justificación del porqué fue realizada, pero la pareja valoró con mayor peso el apoyo y calidad de atención por parte del personal médico en el hospital, ya que no exigieron participar en la toma de decisiones más allá de elegir a su médico y el hospital, por lo que al finalizar se sintieron satisfechos con la forma en que se llevó a cabo su parto.

Mientras que al interpretar su experiencia después del parto, en la pareja de **parto humanizado**, se observaron tres elementos que Márquez (2011) refiere son importantes para evaluar su vivencia. En principio, el apoyo que, mediante la coordinación con su esposa, Gael pudo brindarle para respaldar sus decisiones. En segundo lugar, la calidad de atención del personal fue fundamental, que aunque no fueron escuchados en su momento por el personal del hospital que eligieron, la pareja valoró este factor al relatar su experiencia, expresando que esas diferencias fueron producto de los protocolos tradicionales con los cuales no estaban de acuerdo. Y por último, su participación como pareja en la toma de decisiones fue de igual forma fundamental, ya que así, se acercaron al cumplimiento de sus expectativas. Desde la planeación tuvieron la certeza de desear un parto natural, seleccionaron cuidadosamente a los especialistas que los tratarían y cuestionaron en todo momento cómo sería atendido su parto, creando determinadas creencias respecto a lograr un parto humanizado (Basso & Monticelli, 2010). Lo que provocó que le dieran mucho valor al respeto de sus decisiones, lo cual los acercó significativamente a lo que habían planeado, mostrándose satisfechos con el resultado.

Por otro lado, parece importante destacar que la verticalidad en el ámbito médico sigue siendo un tema de actualidad, puesto que en el caso de ambas parejas se encontró lo señalado por Carmona (2007) y Luján (2013), quienes sostienen que los procesos médicos rutinarios han quitando el libre albedrío de las parturientas, obligándoles a parir en una posición que en la mayoría de los casos

no resulta la mejor opción para ellas y ya sea por comodidad del médico o por la falta de adecuación en las instalaciones, se siguen omitiendo los deseos y necesidades de las mujeres.

Además, es importante resaltar el rol que ambos padres tuvieron durante su parto, ya que a pesar de que las circunstancias, en los dos casos no se permitió a los padres que tuvieran una mayor participación más allá de brindar apoyo a sus parejas. Ellos se mostraron interesados en ser miembros activos durante el proceso (Morlans, 2011), situación que de igual forma fue referida por las participantes, al sentirse acompañadas por una persona significativa.

En consecuencia con lo anterior, se puede observar un cambio significativo en el rol de los varones, tal como lo mencionan Maldonado (2008) y Nieri (2012), quienes argumentan que durante los últimos años algunos padres han optado por estar más cerca de sus hijos, no solo en un papel de proveedores sino también de educadores y guías. Esto también se evidenció en las narrativas de los maridos, pues ellos argumentaron que sí se mostraron interesados por ser partícipes activos en su paternidad, aunque para ambos esto significó involucrarse de distinta forma durante cada etapa.

Es así que se puede subrayar la importancia de generar mayor investigación en torno a los aspectos psicológicos que derivan de la decisión de la elección de un parto humanizado o medicalizado, ya que en su mayoría existe documentación basada en los aspectos médicos, pero no enfocada en el cómo viven los padres dicha experiencia de acuerdo a los significados que han construido respecto a este momento tan importante en sus vidas.

Por ello, la presente investigación puede servir como base para acercamientos futuros a la elaboración de "pruebas de calidad", en donde se evidencie si existe un respeto a las decisiones de las personas, así como conocer desde dónde las personas fundamentan sus decisiones y con base en ello, que sea posible difundir información más específica para ambas preferencias de parto. Además de facilitar la creación de talleres en donde se puedan manejar las

emociones que se van desarrollando a lo largo del embarazo y el parto; incluso acerca de los aspectos que se deberían de considerar antes de embarazarse.

Uno de los alcances significativos de esta tesis, es la posibilidad de aportar a los nuevos paradigmas que se han ido creando, una visión más amplia de respeto a las decisiones que se toman en un proceso tan importante como es el de dar vida a un nuevo ser a través de diversas técnicas, ampliando las opciones para que las personas encuentren la manera de reconexión con sus creencias y preferencias. Por otra parte, una de las limitaciones es que no se puede generalizar la información que obtuvimos, pues no se podrían analizar causas universales respecto a este fenómeno natural, y aunque cada persona lo vive de diferente manera, se pueden ver reflejados ciertos patrones que como sociedad se siguen respecto a la toma de decisiones y a la manera de comportarse ante una eventualidad. Otro de los factores que se considera importante para trabajar en el futuro, es la cuestión de que el estudio se llevó a cabo con parejas del área metropolitana, y sería importante analizar las vivencias que tienen las personas en otros contextos culturales, para conocer acerca de los significados que rodean el parto y así encontrar posibles similitudes y diferencias que existen en este proceso.

Por lo tanto, se concluye que el parto es una de las experiencias más importantes de la vida de un ser humano, por lo que hay todo un abanico de posibilidades en torno a la manera en que se puede significar y llevar a cabo, desde un método natural hasta un proceso quirúrgico. Más allá de las decisiones que tomen las personas respecto de sus vidas, pensamos que la información y la diversidad de opciones son derechos de todo ser humano, lo mismo que el respeto a su sistema de creencias. En este sentido, el sector salud tendría que promover la horizontalidad en todo proceso social en que se involucre.

Respecto a la parte personal, esta experiencia nos mostró un panorama muy importante que no conocíamos. Lo cual nos ha despertado un gran interés por indagar en las cuestiones no sólo del inicio de la vida como lo es el embarazo-parto, sino también del proceso de evolución de las personas, así como de las

posibles enfermedades que puedan llegar a desarrollar, puesto que, al igual que el parto, también esos procesos son parte de un constructo relacional, ya que al fin del día somos resultado de una construcción y deconstrucción de significados que vamos integrando paulatinamente a lo largo de nuestras vidas.

Referencias

- Aguilar, Y. P., Valdez, J. L., González-Arratia, N. I. y González, S. (2013). Los roles de género de los hombres y las mujeres en el México Contemporáneo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(2), 207-224.
- Alfaro, N., Villaseñor, M., Valadez, I., Guzmán, A. y González, Y. S. (2006). Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. *Investigación en Salud*, 8(1), 50-53.
- Antacle, A., Aymat, A., Ávila, N., Bazán, J., Heredia, V., Llapur, F., Puchulu, B, y Vanni, L. (2006). Maternidad centrada en la familia: ¿Las madres son actrices protagónicas o de reparto? *Archivos de Medicina Familiar y General*. 3(1) 25-31.
- Araya, V., Alfaro, M. y Andoregui, M. (2007). Constructivismo: orígenes y perspectivas. *Laurus*, 13(24), 76-92.
- Arcila, P. A., Mendoza, L. Y. y Cañón, O. E. (2009). Comprensión del significado desde Vygotsky, Bruner y Gergen. *Diversitas*, 6(1), 37-49.
- Arnau, J., Martínez, M. E., Nicolás, M. D., Bas, E., Morales, R. y Álvarez, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 225-247.
- Aya, S. L. (2010). Reflexiones acerca de los procesos incluidos en la construcción narrativa. ¿Cómo emergen los relatos?. *Diversitas*, 6(1), 185-194.
- Baranchuk, N. (2000). Humanización de la atención perinatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19(4) 148-151.
- Basso, J. F. y Monticelli, M. (2010). Las expectativas de participación de mujeres embarazadas y sus acompañantes para realizar un parto humanizado. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 18(3), 99-107.
- Botella, L., Pacheco, M., y Herrero, O. (1999). Pensamiento posmoderno constructivo y psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 37, 5-28.

Bravo, P., Uribe, C. y Contreras T. (2008). El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73(3), 179-184.

Bruner, J. (1990). *Actos de significado. Más allá de la Revolución Cognitiva*. Madrid: Alianza.

Cano, G. y Valenzuela, G. (2001). *Cuatro estudios de Género en el México urbano del siglo XIX*. México: Miguel Ángel Porrúa.

Cañón, O. E., Peláez, M. P. y Noreña, N. M. (2005). Reflexiones sobre el socioconstruccionismo en Psicología. *Diversitas*, 1(2), 238-245.

Cañón, O. E. (2008). Las huellas del sujeto en narrativas de autores construccionistas. *Diversitas*, 4(2), 245-257.

Carmona, E. (2007). La medicalización del parto. Reflexiones sobre el cuidado obstétrico. En *III Congreso Nacional de Enfermería del Mediterráneo. Nacimiento y muerte. Reflexiones y cuidados*. Universidad de Almería. España.

Carrillo, A. M. (1999). Nacimiento y muerte de una profesión: las parteras tituladas en México. *Dynamis*, 19, 167-190.

Castañeda, I. (1988). Síntesis histórica de la partera en el Valle de México. *Revista de Enfermería IMSS*, 1(1), 35-39.

Clarke, V. y Massay, H. (2006). *Parto Instintivo. Atendiendo a tu voz interior*. Madrid: Gaia Ediciones.

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (2013, abril). *Cartilla. Atención Humanizada al Parto*. Recuperado de http://www.dif.df.gob.mx/dif/_pdf/cartillaPartoHumanizado.pdf.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2014, julio). *Información sobre trabajos a favor de la atención humanizada al parto*. Recuperado de <http://cdhdfbeta.cdhdf.org.mx/2014/07/atencion-humanizada-al-parto/>.

Crespo, E. (2003). El construccionismo y la cognición social: metáforas de la mente. *Política y Sociedad*, 40(1), 15-26.

Donoso, T. (2004). Aplicación del Grupo de Discusión en Praxis de Equipo Reflexivo en la investigación científica. *Revista de Psicología*. 8(1), 9-20.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2000). Recuperado de http://ensanut.insp.mx/informes.php#.VGqzf_mUe8A.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006). Recuperado de http://ensanut.insp.mx/informes.php#.VGqzf_mUe8A.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Recuperado de http://ensanut.insp.mx/informes.php#.VGqzf_mUe8A.

Espinosa, L. (2009). *Parto: Mecanismo, clínica y atención*. México: Manual Moderno.

Feixas, G. y Villgas, M. (1998). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: PPU.

Flores, M. y Olivares, D. M. (2011). *Estudio comparativo entre el trabajo de parto con acompañante informado y sin acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal*. Tesis de Licenciatura. Recuperada de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3022/1/flores_mm.pdf.

Freyermuth, G. y Sesia, P. (2009). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

García, A., García, M. y Valle, J. (1996). La imagen de la matrona en la Baja Edad Media. *Revista de Historia de la Enfermería*, 3, 61-82.

García, D., Díaz, Z. y Acosta, M. (2013). El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Revista Cubana de Salud*, 39(4), 718-732.

García, I., Moncayo, S. E. y Sánchez, B. (2012). El parto en México, reflexiones

para su atención integral. *Ideas CONCYTEG*, 7(84), 811-844.

García, M. J. (2008). Historia del arte de los partos en el ámbito familiar. *Cultura de los cuidados*, 24, 40-47.

Génesis. Conferencia Episcopal Española (2014). *Sagrada Biblia*. Ediciones Bíblicas: Madrid.

Gergen, K. (1996). *Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.

Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.

Goberna, J., Palacio, A., Banús, M. R. y Sáncho, S. L. (2008). Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento. La percepción de las mujeres. *Matronas profesión*, 9(1), 5-10.

Gómez, O. (2004). El Secuestro de Lucina (o cómo detener la epidemia de cesáreas). *Salud Pública de México*, 46(1), 71-74.

González, M. A., Saucedo, A. L. y Santa Ana, Y. (2010). Factores asociados a la demanda de servicios para la atención del parto en México. *Salud Pública de México*, 52(5), 416-423.

Guzmán, L. (1993). Identidad, Género y Derechos Humanos; encuentros y desencuentros. *Ponencia presentada en el Programa Mujer y Derechos Humanos, Instituto Interamericano de Derechos Humanos*. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr>.

Herrera, P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 568-573.

Hernández, D. (1996). *Género y Roles familiares: la voz de los hombres*. Tesis de Maestría en Antropología Social. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Hernández, S. R., Fernández, C. C. y Baptista, L. M. (2010). *Metodología de la*

investigación. México: Mc Graw-Hill.

Hutter, R. (2010). *¿Cómo se sale de aquí? Una historia sobre el parto*. Madrid: Turner Publicaciones.

Ibáñez, T. (2003). La construcción social del socioconstruccionismo: retrospectiva y perspectivas. *Política y Sociedad*, 40(1), 155-160.

Instituto Nacional de Salud Pública (2011). *El uso y rol de proveedores no-médicos para la atención prenatal y obstétrica en México: parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras. Evidencias y áreas de oportunidad*. México: INSP.

Jiménez, S., Pelcastre, B. y Figueroa, J. G. (2008). Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Entre la resistencia y la subordinación. *Revista Chilena de Salud Pública*, 12(3), 161-168.

Jubés, E., Laso, E. y Ponce, A. (2000). Constructivismo y construccionismo: dos extremos de la cuerda floja. *Boletín de Psicología*, 3, 71-89.

Larry, A. (2002). Construcción social e individual de significados: aportes para su comprensión. *Estudios Sociológicos*, 10(1), 199-230.

Lattus, J. (2008). El fórceps, su exótica e interesante historia. *Revista Obstétrica Ginecológica*, 3(2), 155-168.

Limón, G. (2005). *Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas*. México: Pax México.

Lugones, M. (2001). La cesárea en la historia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 27(1), 53-56.

Lugones, M. y Ramírez, M. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(1), 134-145.

Luján, J. E. (2013). *Parto libre en México, la visión de un médico obstetra*. Recuperado de <http://www.partolibremexico.org/popups/articulo.php?Id=5>.

Luque, M. A. y Oliver, M. I. (2005). Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigradas. *Index de Enfermería*, 14(48-49), 9-13.

Maldonado, M. (2008). El padre en la etapa perinatal. *Perinatal Reproducción Humana*, 22, 145-154.

Manrique, J., Fernández, A. I., Echevarría, P., Figuerol, M. I., Teixidó, J. y Barranco, M. P. (2014). Historia de la profesión de matrona. *Ágora de Enfermería*, 69(18), 26-28.

Márquez, A. M. (2011). Revisión sobre el acompañamiento en el proceso de parto. *Hygia*, 77(18), 31-35.

Martínez, A., y Pardo, J. (2001). Un conflicto profesional, un conflicto moral y un conflicto de género: los debates en torno a la atención al parto en la Ilustración. *Cronos: Cuadernos valencianos de historia de la medicina y de la ciencia*, 4(1-2), 3-27.

Martínez, J. M. y Delgado, M. (2013). Nivel de dolor y elección de analgesia en el parto determinada por la realización de educación maternal. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78(4), 293-297.

Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa. *Revista de Investigación en Psicología*, 9, 123-146. Recuperado de http://issuu.com/cobaind/docs/vol_3_-_n_19.

Molina, O. R. y Monteagudo, C. L. (2010). Caracterización perinatal del recién nacido macrosómico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36(3), 313-321.

Morláns, M. (2011). El acompañamiento continuo en los partos instrumentales: resultados obstétricos y perinatales, nivel de satisfacción de la mujer y acompañante. *Reduca Serie Matronas*, 3(3), 176-206.

Muñoz, D. (2003). Construcción narrativa en la historia oral. *Nómadas*. 18, 94-102.

Nava, R. (1996). *Los hombres como padres en el Distrito Federal a principios de los noventa*. Tesis de Maestría en Sociología. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Nieri, L. P. (2012). Sentimientos del padre en la etapa perinatal. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 999-1018.

Oberman, A. (2004). Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad. *Psicodebate*, 5, 115-129.

Olivares, E. (2014). *Maltratan en los servicios de salud a mujeres en labor de parto*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2014/01/23/sociedad/035n1sos>.

Pelcastre, B., Villegas, N., León, V., Díaz, A., Ortega, D., Santillana, M. y Mejía, J. (2005). Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. *Revista Escuela de Enfermería USP*, 39(4), 375-382.

Peralta, O. (2003). After your cesarean birth. *University of Washington Medical Center*, 4, 10-19.

Perdomo, M. (2002). *Socioconstruccionismo y cultura: Relaciones, Lenguaje y Construcción Cultural*. Recuperado de http://bibliotecadigital.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/item/3767/1/Sociocostruccionismo_cultura_2002.pdf.

Porter, R. (2003). *Breve historia de la medicina: las personas, la enfermedad y la atención sanitaria*. Madrid: Taurus.

Pujadas, X., Oviedo, R., Montero, F. y Pineda, J. F. (2011). Humanización del parto en la medicina de excelencia. *Medisur*, 9(5), 55-57.

Quezada, N. (1977). Creencias tradicionales sobre embarazo y parto. *Anales de la Antropología*, 14(1), 307-326.

Reza, G. (20 de abril del 2013). Epidemia de cesáreas. *Proceso*. Recuperado de

<http://www.proceso.com.mx/?p=339553>.

Rocha, R., Franco, S. C. y Baldin, N. E. (2011). El dolor y el protagonismo de la mujer en el parto. *Revista Brasileña Anestesiol*, 61(3) 204-210.

Rodríguez, L. (2008). Factores sociales y culturales determinantes en salud: La cultura como una fuerza para incidir en cambios en políticas de salud sexual y reproductiva. En *III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP. Córdoba, Argentina*.

Salinas, H., Albornoz, J., Reyes, A. y Carmona, S. (2004). Factores predictores de cesárea. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 69(5), 357-360.

Sandoval, J. (2010). Construcciónismo, conocimiento y realidad: una lectura crítica desde la Psicología Social. *Revista Mad*, 23, 31-37.

Soto, C., Teuber, H., Cabrera, C., Marín, M., Cabrera, J., Da Costa, M. y Araneda, H. (2006). Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 71(2), 98-103.

Taylor, S. y Bogdan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Nueva York: Paidós.

Topolansky R. (2014). *El Arte y la Medicina*. Recuperado de <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/textocompleto/arte-y-medicina/arte-y-medicina1.pdf>.

Torres, M., Alvarado, O., Chávez, A. D., Domínguez, E., Ocaña, C. E., Méndez, A., Sánchez, L. y Rosales, E. A. (2011). El médico ideal que la población conurbada de la zona oriente del Distrito Federal desea, estudio descriptivo, reporte preliminar 2010. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 14(2), 94-99.

Torres, V. y Vera, S. (2006). Crianza de los hijos ¿Responsabilidad sólo de las madres? *Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar*.

Valles, S. M. (2000). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social: reflexión*

metodológica y práctica social. Madrid: Síntesis.

Vargas, L. A. y Matos, E. (1973). El embarazo y el parto en el México Prehispánico. *Anales de Antropología*, 10, 297-310.

Vázquez, C. (1994). ¿En qué se diferencian hombres y mujeres? Roles y estereotipos sexuales. *Guías Espasa*, 5, 215-221.

Velázquez, L. (2009). La dignidad de la mujer durante el embarazo y al momento del parto en el México prehispánico. *Clepsydra: revista de estudios de género y teoría feminista*, 8, 189-192.

Velázquez, M. A. (2004). La paternidad en el proyecto de vida de algunos varones de la Ciudad de México. *Revista Virtual de Humanidades*, 11(5), 1-14.

Vena, M., Puertas de la Luz, R. y Revolo, M. (2013). Estudio cualitativo sobre las expectativas de las gestantes con respecto a un parto menos medicalizado. *Medicina de Familia*, 14(2), 129-137.

Vena, M. y Revolo, M. (2011). Satisfacción de las gestantes con el actual programa de embarazo. Expectativas sobre un parto menos medicalizado. *Medicina de Familia*, 12(3), 273-285.

Waggoner, M. R. & Stults, Ch. D. (2010). Gender and Medicalization. *Sociologists for Women in Society*. Fact Sheet.

Wargen, M. (2006). El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto. *Medicina Naturista*, 10, 598-610.

Yelitza, S. (2005). Calidad de los servicios privados de salud. *Revista Ciencias Sociales*, 11(1), 167-177.

ANEXOS



Anexo 1. Consentimiento informado.

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala



México a _____ de _____ del 2015.

Por este medio le hacemos una cordial invitación para participar en la investigación del proyecto de Tesis titulado “**Experiencias y significados del parto Humanizado y Medicalizado**”, la cual tiene como objetivo conocer su experiencia con respecto al tipo de parto que eligió, así como aquellos factores que pudieron relacionarse con su decisión.

Su participación constará de una entrevista audio-grabada, de una hora y media de duración aproximadamente. Es primordial hacer de su conocimiento que la información obtenida será *completamente confidencial* para resguardar su integridad. Por último, usted está en libertad de retirarse de la investigación en cualquier momento sin ningún tipo de consecuencia.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en la investigación pueden ser difundidos exclusivamente con fines académicos. Por lo que acepto, bajo estos términos, participar VOLUNTARIAMENTE en esta investigación.

Firma: _____

Agradecemos su atención y apreciamos su interés y cooperación.

Atentamente:

Itzel López Del Valle

Jesús Monroy Montoya

Patricia Trujano Ruiz

Coordinadora del Proyecto

Anexo 2. Tabla de participantes.

Nombre	Edad	Ocupación	Nivel máximo de estudios	Tipo de Parto	Percepción previa	Búsqueda de Información	Visión final alrededor del parto
Renata	36	Marketing y venta Software	Licenciatura	Humanizado	Parto acontecimiento doloroso y estresante. Cesárea método más adecuado.	Profesionales (doula y ginecólogos), amigos, libros, videos, redes sociales aplicaciones e internet.	<p><i>Parto como proceso en el que la pareja puede decidir y participar activamente.</i></p> <p>Derecho a cuestionar procedimientos médicos.</p> <p>Métodos alternativos para el manejo del dolor.</p> <p>Reconocimiento de otro profesional para atención (doula).</p>
Gael	39	Gerente de Recursos Humanos			Cesárea mejor procedimiento.		
Chayo	36	Maestra de Primaria	Maestría	Medicalizado	Parto como proceso natural. Vía vaginal método más adecuado.	Ginecólogo que atendió partos en la familia.	<p>Médico es el experto.</p> <p>Atender recomendaciones del profesional es prioridad.</p>
Marcos	39	Coach de vida					

