

MEDICALIZACIÓN EN LAS MUJERES EMBARAZADAS Y PARTURIENTAS: UNA APROXIMACIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL PARTE I

MEDICALIZATION IN THE PREGNANT WOMEN AND PARTURIENTS: APPROXIMATION FROM OCCUPATIONAL THERAPY PART I

Palabras clave: medicalización, embarazo, parto, Terapia Ocupacional.

Keywords: medicalizacion, pregnancy, parturition, occupational therapy.

DECS: embarazo, parto, terapia ocupacional.

MESH: pregnancy, parturition, occupational therapy.



Autores:

Dña. Marta Rodríguez Hernández

Terapeuta Ocupacional. Unidad de investigación del Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha.

martarohe19@hotmail.com

D. Juan Antonio Flores Martos

Doctor en antropología social. Profesor contratado doctor de la Universidad de Castilla-La Mancha.

JuanAntonio.Flores@uclm.es

D. Pedro Moruno Miralles

Doctor en psicología. Terapeuta Ocupacional. Profesor titular de la Universidad de Castilla-La Mancha.

pedro.moruno@uclm.es

Como citar este documento:

Rodríguez Hernández M, Flores Martos JA, Moruno Miralles P. Medicalización en las mujeres embarazadas y parturientas: una aproximación desde terapia ocupacional. Parte I. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2012 [-fecha de la consulta-]; 9(15): [18p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/revision.pdf>

^a Para las autoras medicalización es: el fenómeno dinámico de la extensión continua del dominio y la autoridad de la medicina a todos los órdenes de la vida social. La medicalización se da cuando un fenómeno social, un aspecto de la vida cotidiana que hasta el momento no había formado parte de la esfera médica empieza a ser traducido en estos términos.

Introducción

Medicalización del parto en España

Los servicios de atención al parto en Europa han cambiado considerablemente en los últimos años, en gran parte como consecuencia de la aplicación de las recomendaciones que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ido publicando en los últimos veinte años. Las primeras recomendaciones "Cuidado del parto normal" (1) datan del año 1985 y fueron el fruto de varios años de trabajo para evaluar la calidad de la atención al parto en diversos países europeos. Su informe explicaba: "medicalizando^a (2) el nacimiento, el estado de la mente y el cuerpo de la mujer se alteran tanto

RESUMEN

Este trabajo de investigación pretende aportar de un modo reflexivo y crítico el proceso de medicalización que afecta al cuerpo y a la subjetividad de las mujeres embarazadas y parturientas, identificando las secuelas y efectos del mismo, e introducir desde el ámbito de la prevención y promoción de la salud la intervención de la terapia ocupacional en este colectivo. La metodología utilizada es la cualitativa antropológica y social y la etnografía. Las técnicas de investigación cualitativa utilizadas para la recogida de información han sido la entrevista en profundidad, la observación participante y directa y la investigación bibliográfica. La medicalización del embarazo y parto es una realidad conocida y aceptada, y sus prácticas están totalmente sistematizadas y definidas.

Los terapeutas ocupacionales, como promotores de la salud, podemos actuar identificando posibles factores de riesgo en los primeros años de vida del bebé, vinculados a trastornos del neurodesarrollo, cuidados de la madre y atención al infante.

SUMMARY

This research aims to provide a reflective and critical way the process of medicalization that affects the body and subjectivity of pregnant and birthing women, identifying the consequences and effects thereof, and enter from the field of prevention and promotion health intervention occupational therapy in this group. The methodology used is qualitative and social anthropology and ethnography. Qualitative research techniques used for the collection of information are in-depth interviews, participant observation and direct and library research. The medicalization of pregnancy and childbirth is a known and accepted fact, and their practices are fully systematized and defined. Occupational therapists, as promoters of health, we can act to identify possible risk factors in the early years of baby's life, linked to neurodevelopmental disorders, care of mother and infant care.

Texto recibido: 10/10/2011

Texto aceptado: 01/01/2012

Consecuencia de estas recomendaciones y de las reivindicaciones de asociaciones de mujeres y matronas, la mayoría de países europeos ha ido modificando sus protocolos hospitalarios y los planes de estudio para adecuarlos a esta renovada y al mismo tiempo intemporal concepción del parto como algo natural y con fisiología propia. Para esta modificación ha sido necesario modificar la relación de poder y la visión androcéntrica^c (4) que atribuía a la mujer el papel de receptora pasiva de prácticas sobre las que no tenía ninguna opción de decidir, y devolverle su poder y su derecho a dar a luz con respeto y con dignidad, con su cuerpo y con su libertad.

que la forma de realizar este inta índole secundarias a los acto íntimo también debe quedar alterada, al igual que el estado del recién nacido”.

Estas recomendaciones que parecían un manual de parto natural visibilizan mitos que justifican prácticas rutinarias en los paritorios como que la episiotomía^b (3) previene desgarros, la postura natural del parto es la horizontal o que la cesárea es la forma más segura de dar a luz.

^b Definición de episiotomía: Incisión del perineo de la mujer para aumentar la abertura vaginal en la fase de expulsivo.

^c Visión androcéntrica: generaliza el pensamiento masculino como parámetro de estudio y análisis de la realidad, impregnando las relaciones de poder, la producción cultural y el pensamiento científico (Francisca Martín-Cano Abreu, en www.tnrelaciones.com).

Al contrario de la progresión europea, la sanidad española ha quedado al margen de esta tendencia desmedicalizadora (5), centrándose en el control del dolor, con la generalización de la anestesia epidural, que cumple la importante función de insensibilizar a la parturienta y hacer soportable lo que de otro modo sería insoportable; en la sustitución de la silla de partos por el potro obstétrico, facilitando el trabajo a matronas y ginecólogos y reduciendo la capacidad de maniobra de la parturienta y, con ello, el poder de decidir; en la administración de la oxitocina sintética por vía intravenosa, acelerando el parto y convirtiéndolo, a su vez, en más doloroso e invasivo para la mujer.

El desfase entre la calidad de la atención al parto en España y otras zonas europeas, según las cifras proporcionadas por la OMS, nos muestran que en mortalidad perinatal somos similares pero que estas cifras no hacen eco de la morbilidad, es decir, de las lesiones y efectos secundarios generados por esas intervenciones médico-quirúrgicas innecesarias, ni tampoco del sufrimiento de las mujeres y los bebés por una atención al parto innecesariamente cruenta y que les impide vivir la experiencia cumbre del nacimiento (5).

El alto grado de intervencionismo está en el origen de nuestra alta tasa de cesáreas, episiotomías y otras intervenciones, que exceden lo considerado recomendable por este organismo y por la medicina basada en la evidencia. Además, las cifras no muestran las secuelas físicas, psicológicas y sociales consecuencia del parto tecnológico. Éstas provocan dificultades para vincularse con el bebé (6), dificultades en las actividades básicas de la vida diaria, síndromes postraumáticos y depresiones posparto (7).

Es indudable que algo se está moviendo en nuestros hospitales españoles, pero es importante no perder de vista que el objetivo final es brindar a las mujeres y a sus bebés una atención absolutamente respetuosa con su dignidad y su derecho a la libertad de elección, con su naturaleza y fisiología, con los aspectos emocionales del nacimiento y con el vínculo que une a madre-bebé.

Todo ello dentro de una relación de igualdad y respeto mutuo entre profesionales y usuarias (8). Algunas comunidades enmarcadas en el proceso de cambio a la atención al parto como Cantabria, Madrid, Cataluña o Canarias y diversos hospitales y clínicas privadas disponen de un protocolo de parto natural solamente para mujeres que lo soliciten, pero no disponen de personal preparado y continúan sometiendo al resto de mujeres a prácticas innecesarias y nocivas (9).

Aportaciones desde Terapia Ocupacional

Los terapeutas ocupacionales, como promotores de la salud, podemos actuar identificando posibles factores de riesgo en los primeros años de vida del bebé, vinculados a trastornos del neurodesarrollo, cuidados de la madre y atención al infante.

Preparar física y psicológicamente a la embarazada, para que forme parte activa y consciente de la necesidad de estimular a su hijo, entrenarla durante el embarazo para que afronte el parto como un fenómeno fisiológico y no como una enfermedad, instruir a la pareja, concienciarlos de que la salud de su hijo no dependerá de ellos únicamente cuando lo tengan entre sus brazos, sino que viene instaurándose en el período gestacional, y acompañar en la etapa del puerperio el cambio de roles en los progenitores y la estructuración familiar, constituye un gran reto para los equipos de atención primaria y para todas aquellas instituciones sanitarias que trabajan para la promoción de la salud (10) (11).

Este trabajo de investigación pretende aportar de un modo reflexivo y crítico el proceso de medicalización que afecta al cuerpo y a la subjetividad de las mujeres embarazadas y parturientas, identificando las secuelas y efectos del mismo, e introducir desde el ámbito de la prevención y promoción de la salud (12) la intervención de la terapia ocupacional en este colectivo.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada en esta investigación es la cualitativa antropológica y social. Pretendemos conocer, para posteriormente analizar e interpretar, los acontecimientos que rodean al embarazo y al parto, es decir, las representaciones y prácticas que reflejan el bagaje cultural colectivo del nacimiento. La metodología cualitativa nos ha permitido acercarnos al objeto de estudio y escudriñar en la estructuración de los factores que lo conforman y condicionan.

Partiendo del trabajo de campo intensivo y de la precisión en la recogida de datos en diferentes escenarios^d, hemos obtenido una amplia información descriptiva y explicativa desde la que analizar e interpretar los hechos. Una de las características de este método, y en concreto la técnica de la observación participante, es que la recogida de datos se realiza desde los discursos de los propios informantes investigados en su participación en el embarazo y en el parto, y en los propios escenarios sociales cotidianos donde tienen lugar el trato y las interacciones. De este modo se eliminan los riesgos de invalidación ecológica que tienen otras aproximaciones experimentales y/o de laboratorio.

Utilizando técnicas de investigación cualitativa tenemos acceso al relato en primera persona de nuestros informantes, de cómo interpretan y perciben los acontecimientos relacionados con el embarazo y el parto, los supuestos ideales al respecto, las prácticas que llevan a cabo en el proceso y las expectativas que tenían del mismo. Estas técnicas nos ofrecen aquello que rodea al embarazo y al parto en nuestro contexto y en la actualidad, información a la que otras técnicas de investigación no nos permitirían acceder.

Los datos obtenidos por este método no tienen como finalidad la representatividad estadística ni la generalización externa, sino que deben ser valorados en su sentido cualitativo respecto a la producción de interpretaciones

^d Escenarios de observación e investigación: un hospital de referencia y un centro de salud del Servicio de Salud Público de Castilla-La Mancha (SESCAM) y un centro privado de la Comunidad de Madrid.

acerca de la realidad y problemas planteados en un tiempo y contexto determinado^e. Desde ambos grupos de informantes, mujeres y profesionales, asumimos que las relaciones nunca son simétricas y que responden tanto a la posición de las personas como a los diferentes momentos de la interacción comunicativa cuyos efectos difícilmente pueden ser controlados.

Las técnicas de investigación cualitativa utilizadas para la recogida de información han sido la entrevista en profundidad, la observación participante, la observación directa no participante y la investigación bibliográfica.

Entrevista en profundidad

Consideramos esta técnica una de las herramientas principales en nuestro trabajo, enfocada a conocer las ideologías, los significados, las vivencias y las actividades que las mujeres embarazadas, definidas como asistibles, experimentan y llevan a cabo a lo largo del itinerario del embarazo y parto.

Las entrevistas totales realizadas a mujeres han sido siete, cuatro a mujeres en período de gestación, entre la treinta y siete y la cuarenta semana, que conocimos en la preparación maternal del centro de atención primaria y tres a mujeres que ya habían dado a luz y que seleccionamos por las características del proceso de medicalización del parto; y cinco a profesionales que formaban parte de los equipos observados.

Además de las entrevistas formales, no hemos querido desaprovechar la información procedente de mujeres embarazadas que asistían a la preparación maternal ni de aquellas que observamos en el paritorio. Estas aportaciones resultan muy útiles para nuestra investigación ya que pueden enriquecer y reforzar opiniones y presentar otros puntos de mira que no habían surgido durante las entrevistas.

^e El núcleo de este texto procede de un Trabajo Fin de Grado en Terapia Ocupacional titulado "los efectos de la medicalización en las mujeres embarazadas y parturientas", presentado en la Universidad de Castilla-La Mancha en Talavera de la Reina, y desarrollado durante los meses de octubre y junio de los años 2009-2010.

Observación participante y observación directa no participante

La observación participante es una técnica generada en la práctica del método etnográfico (antropológico) que consiste en conseguir un rol en una sociedad o grupo social y desde éste rol (y sin perder el rol de observador) analizar dicha sociedad o fragmento de estudio (13).

Una observación precisa y rigurosa nos permitió detectar la congruencia o discrepancia entre los discursos y las prácticas, pudiendo captar y clarificar las diferencias o semejanzas entre aquello que los profesionales y las mujeres dicen y hacen.

En nuestra práctica, el desplazarnos a un campo ajeno fue una cuestión circunstancial y por ello necesitamos de la autorización y del consentimiento tanto de las mujeres como de las instituciones.

La observación realizada ha tenido lugar por un lado, en la preparación maternal de las mujeres, y por otro, en la estancia en el área de partos.

La sala que nos permitió conocer la práctica clínica de Terapia Ocupacional en este ámbito fue la ubicada en un centro privado de la comunidad de Madrid. En esta sala analizamos en compañía de la directora del centro la actuación de distintos profesionales en la preparación al parto durante el embarazo.

Los profesionales que forman el equipo de preparación de este centro son psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, psicomotricistas, musicoterapeutas, matronas y antropólogas.

En esta sala analizamos el contenido de las técnicas que utilizaban en cada sesión, la información que facilitaban a la mujer y a sus parejas, el tipo de relación que constituía el grupo, los materiales de apoyo que utilizaban y la

formación en la utilidad de los mismos, la importancia de los estados emocionales en cada momento del embarazo y del parto y el papel de la pareja.

La observación en la sala de preparación maternal del centro de salud público nos ofreció la oportunidad de analizar discursos mantenidos entre embarazadas, acompañantes y matrona. Esto nos permitió substraer información acerca de los mitos de las mujeres embarazadas sobre la maternidad, del papel del miedo en este colectivo, de las diversas actuaciones de las parejas durante estos meses, de la representación del dolor en las últimas semanas de gestación, de la falta de información y de la información sesgada de la que disponen.

RESULTADOS

Control institucional del embarazo

El embarazo transcurre como un itinerario de control ritualizado que envuelve, ordena y dirige los pasos de las gestantes hacia el nacimiento de sus hijos/ as. El control médico cuida de la salud de las mujeres como precedente para mantener el bienestar y salud del producto de gestación. El proceso del embarazo está totalmente medicalizado y se espera que las mujeres cumplan con las normas y pautas culturalmente establecidas que activarán tanto individualmente como desde el propio grupo social.

La mayor parte de las usuarias del servicio de obstetricia del centro de atención primaria^f en el que observamos son mujeres cuya gestación evoluciona favorablemente. A pesar de ello, tienen que cumplir un rutinario protocolo que las somete a un cierto control por parte de los profesionales y que aumenta a partir de la semana treinta y cinco, semana en la que comienza la preparación maternal.

^f Centro de atención primaria en el que se imparten las clases de preparación al parto en una población de 90.000 habitantes de Castilla-La Mancha.

La primera sesión de preparación maternal a la que asistimos como observadores prestamos especial atención al tipo de mujer que acudía al servicio (mujer primípara, secundípara o tres o más partos; nivel cultural; presencia de un acompañante; qué conocían del parto y de las últimas semanas de gestación⁹), a pesar de que la matrona ya nos había explicado: “la mayoría de las mujeres que vienen a la preparación maternal no son madres porque las que ya han parido se lo conocen, siempre es lo mismo. Además no suelen conocer demasiado sobre lo que les ocurre a nivel interno en su cuerpo cuando comienzan de parto, por eso trato de suavizar”.

El contenido del discurso de la matrona trataba sobre el desplazamiento de la parturienta al hospital, acompañada de una lista de materiales que ella misma indicó, y sobre la primera fase de parto. Ninguna mujer preguntó ni se cuestionó, al menos públicamente, las pautas que la matrona indicaba en su discurso.

La única parte práctica de la preparación al parto que observamos fue los diferentes tipos de respiración y algunos movimientos indicados para la disminución del dolor durante la primera y segunda fase de parto. Sesiones a las que una mujer usuaria del servicio se refería posteriormente como: “de nada me sirve que me enseñen esas respiraciones dos o tres veces porque no me las aprendo, necesitaría más tiempo. Yo nunca he pensado en mi respiración y cuando esté en el hospital con los dolores y los nervios pues ni voy a pensar en las respiraciones que nos dicen aquí. Y de los movimientos, si luego dicen que no te dejan moverte, que tienes que estar tumbada todo el tiempo”.

En estas sesiones de preparación maternal ausentamos intervenciones de preparación de la madre y su entorno familiar para la llegada del nuevo

⁹ Variables estudiadas, con las que obtuvimos el perfil de mujer embarazada que asiste a la preparación maternal: primípara, nivel cultural medio, sin acompañante, nivel bajo de conocimiento del parto y de las últimas semanas de gestación.

miembro, que implican cambios importantes de roles, tanto de los progenitores como de los hermanos; y asesoramiento en los cuidados de la madre desde una perspectiva preventiva, con el fin de evitar situaciones estresantes que puedan desencadenar en problemas psicológicos como la depresión posparto.

El análisis de los discursos que escuchamos durante nuestra observación nos transmite la desconfianza que las mujeres sienten hacia los profesionales, la inutilidad que encuentran en la preparación al parto desde la gerencia de atención primaria y el desengaño que sienten aquellas que ya han pasado por un primer parto en una institución hospitalaria. Pero también nos transmite por parte de las mujeres embarazadas de su primer hijo/ a la falta de información con la que se enfrentan a su propio parto, el poco tiempo que dedican a documentarse sobre lo que ocurre en el proceso del parto en su localidad y en otros hospitales de referencia nacional, la forma en la que ofrecen su cuerpo, su inteligencia, su sabiduría y su instinto de mujer al sistema médico y la poca autocrítica y autorreflexión colectiva del grupo hacia las técnicas médico-quirúrgicas utilizadas en el proceso del parto, hacia el discurso de la matrona y hacia el único tipo de parto del que se habla desde la institución sanitaria.

El parto hospitalario

La proximidad del parto en la atención pública se marca con cambios en los itinerarios de asistencia. Los controles se intensifican y las mujeres son derivadas desde la matrona que realizó el seguimiento durante el embarazo en atención primaria, a las consultas de hospitalización llevadas por el personal del equipo de ginecología y obstetricia del hospital^h.

En el tiempo que duró nuestra observación tuvimos la oportunidad de analizar treces partos, uno de los cuáles fue natural por petición de la parturienta. La representatividad de la muestra estudiada se detalla en la tabla 1.

^h Escenario de observación: hospital de referencia de varias comarcas, inclusive alguna de fuera del territorio de la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha.

	N
Número de partos	
Primero	2
Segundo	7
Tercero	2
Cuarto	2
Nivel económico	
Alto	1
Medio	10
Bajo	2
Acompañada de la pareja	
Si	12
No	1
Residencia	
Rural	9
Talavera	4
Inmigrante	1
Primer parto	
Cesárea	2
Vaginal	9
No procede	2
Total	13

Tabla 1. Representatividad de las mujeres asistidas en el período de observación en el hospital de referencia

Durante nuestra estancia en el escenario de observación comprobamos la discrepancia existente entre las recomendaciones específicas sobre nacimiento de la Declaración de Fortaleza de 1985 de la OMS (14) y la práctica clínica, al igual que nos permitió comprobar que en nuestro sistema sanitario público hay un pequeño porcentaje de profesionales que respetan las decisiones de la mujer, que la consideran parte activa y protagonista de su proceso de parto y que permiten a la sabia naturaleza y a la fisiología de la mujer actuar en este maravilloso proceso.

Cabe citar, por la relevancia del suceso en nuestro período de observación, el caso de una chica joven de origen nigeriano que llegó al hospital para ser atendida en su primer parto. No entendía el idioma español por lo que presentaba grandes dificultades para comunicarse con el personal sanitario del servicio de obstetricia y ginecología. Éstos en ningún momento se plantearon avisar a la mediadora culturalⁱ ni tampoco sustituir la comunicación verbal por signos o imágenes que facilitaran el entendimiento entre ambas partes. Recordamos el sufrimiento expresado a través de lágrimas y gritos de la joven afectada y los discursos escuchados al respecto por parte de distintos profesionales del servicio. Hecho que nos encaminó a reflexiones como “¿qué

ⁱ Mediadora cultural: Es un profesional capaz de ayudar a la comunicación el trato entre sujetos procedentes de dos o más contextos socioculturales –lingüísticos, religiosos, etc.- diferenciados. Se trata de un servicio por convenio entre el Servicio de Salud Público de Castilla-La Mancha y Médicos Mundi Castilla-La Mancha. A través de la trabajadora social se puede solicitar la presencia de una persona con las mismas competencias culturales y lingüísticas que la usuaria, con el fin de facilitar la comunicación y el entendimiento.

tipo de relación terapéutica se establece en este servicio entre profesionales y usuarias?, ¿los profesionales sanitarios estamos dotados de suficientes competencias para atender, acompañar y apoyar a usuarios de diferentes etnias?

Con el fin de compensar la laguna de observación del alta de la parturienta en el paritorio y del traslado de la misma a la planta de hospitalización del servicio de ginecología, analizamos la "Encuesta de satisfacción de la mujer. Vía clínica parto, cesárea o parto instrumental" del servicio de obstetricia y ginecología, anestesiología y reanimación, neonatología y atención primaria. Esta encuesta es entregada a la mujer a su llegada a la planta de hospitalización y es depositada después de la comunicación del alta en sobre cerrado y anónimo en un buzón.

La encuesta está compuesta por variables sociodemográficas, de valoración al personal del servicio de ginecología y obstetricia, de la información recibida, de la satisfacción y de la presencia de algún tipo de problema. Los últimos datos analizados pertenecen al año 2008, año en el que se recogieron setenta y seis encuestas entre ciento sesenta y cinco mujeres atendidas. La participación que se obtuvo fue del 46%, aspecto que según el control de calidad puede sesgar los resultados, no apareciendo probablemente aquellas mujeres que peor atención recibieron.

Curiosamente los resultados revelan aspectos que pueden encajar perfectamente en el proceso de medicalización que protagoniza el escenario observado como que el nombre del ginecólogo fue más conocido por las mujeres que el de la matrona, que la amabilidad más alta correspondía al personal de enfermería o que más de la mitad de las parturientas recibieron como método analgésico la anestesia epidural.

Otra lectura de la preparación maternal y del parto

Basándonos en una realidad, todavía hegemónica y dominante, nos planteamos la observación en un tercer escenario de investigación constituido por una realidad minoritaria, alternativa y emergente que comienza a funcionar en el campo de la sanidad privada.

La comunidad de Madrid nos permitió establecer las diferencias reales entre la dinámica de un equipo interdisciplinar de profesionales y los objetivos del centro de preparación maternal descrito en el texto.

Diferentes profesiones del ámbito sanitario y social, entre las que destacamos la terapia ocupacional, nos acercaron al descubrimiento de nuevas líneas de actuación y con ello, de otra lectura de la preparación maternal y del parto.

En este centro la preparación maternal no comienza en la treinta y cinco semana sino que empieza entre la doce y quince semana de gestación. Se trata de grupos bastante homogéneos en los que la mayoría de las mujeres se encuentran en el mismo período de gestación. Los grupos están constituidos normalmente por siete u ocho mujeres, facilitando esto según la directora del centro: "conseguir la confianza en las primeras sesiones, estamos juntas durante seis meses, y esto facilita que ellas se puedan expresar corporal y verbalmente con total libertad en solitario y en presencia de sus parejas".

En estas sesiones de preparación hay lugar para todos aquellos cambios físicos, emocionales y psicológicos que experimenta la mujer y su pareja en el embarazo (15), fundamentalmente, porque están impartidas por una gran variedad de profesionales.

El contenido del discurso no trasmite enseñanza ni educación sino que facilita información no disponible a través de otros medios. La información que proporciona este equipo de preparación contiene: los distintos tipos de parto, la

elección del lugar en el que la mujer desea parir, el estado emocional de la mujer y, si procede, de su pareja en las distintas fases del embarazo y durante el parto, técnicas corporales y psicoprofilácticas, la relajación ante la angustia y el miedo y el desmantelamiento de mitos y leyendas erróneas acerca del embarazo, parto y maternidad.

Además de las sesiones grupales, la preparación en este centro incluye sesiones individuales para aquellas mujeres que lo soliciten. En estas sesiones se canaliza toda aquella información que por cuestiones de tipo personal no pueden ser transmitidas a los profesionales en el grupo (procedencia del embarazo, situación conyugal, recursos económicos o apoyo social).

Este centro continúa acompañando a las madres, padres e hijos después del parto, durante el puerperio, para facilitarles pautas de crianza, especialmente, a aquellas madres que durante la preparación transmiten al equipo de profesionales que carecen de apoyos sociales o que tienen problemas conyugales. Además, evalúan exhaustivamente el desarrollo psicomotor con el fin de detectar posibles problemas neurológicos.

CONCLUSIONES

La protocolización de la atención en el embarazo obliga a los/as profesionales a llevar a cabo un tipo de prácticas que se articulan con determinados discursos normalizados, con los que se espera que las mujeres coincidan, y no tienen en cuenta aspectos individuales o culturales de cada mujer. Un número significativo de mujeres usuarias de este sistema biomédico, introducen modificaciones en las prácticas utilizadas y deciden emprender un camino de cambios, en el que desarrollar otro tipo de prácticas relacionadas con el respeto, la dignidad, el saber, la fisiología y la naturaleza. Este hecho dificulta en mayor medida la comunicación entre la mujer y su pareja y el profesional del equipo de ginecología y obstetricia, aunque la efectividad de la relación terapéutica entre ambos en pocas ocasiones llega a producirse.

Esta "huída" del modelo médico hegemónico (16), permite a otros profesionales participar en la preparación maternal y constituir junto a las mujeres y a sus parejas la esfera con la que rodear el ritualizado paso a la maternidad.

El vigente concepto tradicional de "paciente" supone para la mujer adoptar actitudes de aceptación, pasividad y sumisión. De esta forma en el transcurso del parto, las mujeres aunque no están enfermas, asumen todas las características de la condición de paciente, situación en la que pierden parte de sus derechos como personas adultas y portadoras de conocimiento y saberes. Esta interpretación permanece encajada en un entorno social de tradición androcéntrica y clasista que desvaloriza a las mujeres en todas las áreas de la atención sanitaria.

Por lo expuesto en este trabajo, la medicalización del embarazo y parto es una realidad conocida y aceptada, y sus prácticas están totalmente sistematizadas y definidas. En principio, y siguiendo lo propuesto desde los protocolos de atención observados, todas las mujeres son sometidas a unas técnicas homogéneas de base, sobre las que se pueden introducir cambios que las intensifiquen o reduzcan. Pero esto no es generalizable para todos los casos, en nuestro estudio los cambios dependieron de circunstancias, fundamentalmente, de los deseos y peticiones de las mujeres y de la voluntad de los profesionales.

Las clases de preparación al parto observadas en la gerencia de atención primaria sesgan la información relacionada con diferentes tipos de parto, con la instrumentalización en la última fase del embarazo, con la idoneidad de la postura en cada fase y con el protocolo de atención al parto del hospital de referencia. En ellas no se promueve la externalización y escenificación de sentimientos y aspectos emocionales como el miedo, la angustia o la preocupación de las mujeres y de sus parejas. De hecho, la participación de la pareja en la preparación al parto es escasa, no permitiéndole un espacio de

expresión ante el nuevo cambio que supone la paternidad ni ofreciéndole técnicas y herramientas que puedan contribuir a mejorar el estado de bienestar de la parturienta y del futuro bebé.

La preparación maternal privada nos ha permitido conocer nuevas líneas de actuación en las que participa, entre otros profesionales, el terapeuta ocupacional.

Canalizar los cambios físicos, emocionales y psicológicos experimentados por la mujer y su pareja en el embarazo, permite conocer, trabajar y controlar aspectos personales que pueden interferir posteriormente en el proceso de parto. Este acompañamiento establece una relación terapéutica entre madre-padre y profesional, y un apoyo que se mantendrá hasta cumplidos los seis meses de vida del bebé.

AGRADECIMIENTOS

A los equipos de trabajo integrados en los diferentes escenarios de observación por la facilidad con la que nos adentrasteis en vuestro campo clínico. En especial, a las mujeres, a las parejas y a los bebés por confiar en nosotros y permitirnos hacer realidad un sueño.

Bibliografía

- (1) Iniciativa Parto Normal [sede Web]. Pamplona: Federación de asociaciones de matronas de España; 1996 [acceso 16 de junio de 2011]. De la Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/i/3976/144/cuidados-en-el-parto-normal-una-guia-practica>
- (2) Montes Muñoz MJ. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos [tesis doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira y Virgili; 2007.
- (3) Fernández I. La episiotomía. En: Fernández I, editora. La revolución del nacimiento. 4ª ed. Barcelona: Granica; 2007. p.127-146.
- (4) TnRelaciones [sede Web]. Málaga: Hispanic Searching; [acceso 16 de junio de 2011]. Mujer: Androcentrismo. Disponible en: http://www.tnrelaciones.com/aviso_legal/index.html
- (5) Fernández I. La evolución en Europa. España, a la cola. En: Fernández I, editor. La revolución del nacimiento. 4ª ed. Barcelona: Granica; 2007. p.17-29.
- (6) Fundación para el desarrollo de la enfermería, Asociación "El parto es nuestro". La OMS recomienda no separar al recién nacido de la madre. Mundo Sanitario. Domingo 16 de marzo de 2008; Primera Plana: 2.
- (7) Fernández I. Por qué parir en España es traumático. El Mundo. Domingo 2 de mayo de 2004.
- (8) Fernández I. La transición. La resistencia al cambio. En: Fernández I, editora. La revolución del nacimiento. 4ª ed. Barcelona: Granica; 2007. p. 368-70.
- (9) Fernández I. El futuro ya está aquí. Hospitales en proceso de cambio. En: Fernández I, editora. La revolución del nacimiento. 4ª ed. Barcelona: Granica; 2007. p. 383-94.
- (10) Fernández Y. Preparación psicofísica de la embarazada como prevención de los trastornos del neurodesarrollo y las necesidades educativas especiales: una urgencia del siglo XXI. Rev. iberoam. psicomot.téc.corpor. 2007; 7(2): 75-90.
- (11) Sapién JS, Córdoba DI. Psicoprofilaxis perinatal: preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada para el nacimiento. RevPsicolSalud. 2007; 17(002): 219-29.
- (12) Moruno P, Romero DM. Terapia ocupacional en Salud Mental: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. TOG (A Coruña) [Internet] 2004 diciembre. [acceso 21 de junio de 2011]; 1(1). Disponible en: <http://www.revistatog.com/num1/pdfs/num1art3.pdf>
- (13) Sánchez R. La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de significados. En: María Luisa Tarrés, coordinador. Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social. México: FLACSO/El Colegio de México; 2004. p.97-131.
- (14) Nacer en casa [Página de inicio en Internet]. Guadalajara: Asociación nacer en casa; 1985 [acceso 16 de junio de 2011]. De la Organización Mundial de la salud. Recomendaciones de Fortaleza. Disponible en:

<http://www.nacerencasa.org/oms-fortaleza.pdf>

- (15) Arellano VM, Vega MC. Implementación de la intervención temprana con mujeres embarazadas y sus hijos desde el nacimiento hasta los seis meses de vida. Rev.chil.ter.ocup. 2005; 5: 81-95.
- (16) Menéndez E. Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos. En: Perdiguero E, Comelles JM, editores. Medicina y cultura. Ensayos entre la antropología y la medicina. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2000. p.163-88.