

Artículos/ Articles

¿Cómo es el dolor del parto? Dime cómo te duele y te diré qué tipo de madre eres

What is labor pain like? Tell me what your pain is like and I will tell you what type of mother you are

María Isabel García Rodríguez 

Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Consejo Superior de Investigaciones Científicas IESA-CSIC, España
igarcia@iesa.csic.es

Lourdes Biedma-Velázquez 

Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Consejo Superior de Investigaciones Científicas IESA-CSIC, España
lbiedma@iesa.csic.es

Rafael Serrano del Rosal * 

Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Consejo Superior de Investigaciones Científicas IESA-CSIC, España
rserrano@iesa.csic.es

Recibido / Received: 31/07/2020
Aceptado / Accepted: 21/03/2021



RESUMEN

Investigar la experiencia del dolor requiere el empleo de una perspectiva teórica constructivista, que permita ir más allá de posiciones analíticas biologicistas y también de las subjetivistas, porque ambas suelen ofrecer análisis incompletos de la realidad. En este artículo se persigue mostrar que los aspectos sociales influyen sobre la percepción del dolor del parto, teniendo en cuenta que está aceptado, científica y comúnmente, que aquel es uno de los dolores más intensos que se puede experimentar. Para ello se han realizado diez grupos de discusión compuestos por mujeres que fueron madres hace no más de dos años, que responden a criterios de edad, nivel de estudios, situación laboral y hábitat. Tras analizar los discursos sociales, los principales resultados muestran que al dolor del parto se le atribuyen sentidos diferentes en función del tipo de maternidad con el que se identifican las mujeres. El tipo de maternidad ejercida está relacionado con las condiciones sociales de vida de las mujeres y con los discursos circulantes en sus entornos que, mayoritariamente, se construyen sobre la base de conocimientos comunes, ajenos al ámbito científico. Observamos, asimismo, que a través de las prácticas sociales relacionadas con la maternidad, las mujeres persiguen la obtención de capital simbólico, que es el reconocimiento social de ser una buena madre. Una práctica útil para obtener capital simbólico es el dolor del parto que, además, introduce una jerarquía del valor social de las mujeres en el campo de la maternidad. El artículo muestra que el dolor tiene una

*Autor/a para correspondencia / Corresponding author: Rafael Serrano del Rosal, rserrano@iesa.csic.es

Sugerencia de cita / Suggested citation: García Rodríguez, M. I., Biedma-Velázquez, L., Serrano del Rosal, R. (2022). ¿Cómo es el dolor del parto? Dime cómo te duele y te diré qué tipo de madre eres. *Revista Española de Sociología*, 31(1), a86. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2022.86>

dimensión social que modela su experiencia y también la existencia de un consenso entre las mujeres para asumirlo como una práctica útil y conveniente.

Palabras clave: Trabajo de parto; dolor; construcción social; investigación cualitativa; maternidad.

ABSTRACT

Researching the experience of pain requires adopting a constructivist theoretical perspective which makes it possible to go beyond biologicist and also subjectivist analytical positions, as both usually provide incomplete analyses of reality. This paper intends to show that social aspects have an influence on the perception of labor pain, taking into account that it is scientifically and commonly accepted as one of the most intense pains that may be suffered. To this end, ten discussion groups were set up, made up of women who gave birth in the past two years, complying with certain criteria of age, level of studies, working status, and habitat. After analyzing their social discourses, the main results show that labor pain is attributed different meanings depending on the type of motherhood women are identified with. The type of motherhood they choose is linked to the women's social conditions of life and to the discourses present in their environment, which are predominantly built on common knowledge, outside the scientific sphere. It is also observed that, through social practices linked to motherhood, women aim to obtain symbolic capital, which is the social recognition of being a good mother. The paper shows that pain has a social dimension that shapes its experience, as well as the existence of a consensus among women to adopt it as a useful, convenient practice.

Keywords: Labor pain; meaning pain; social construction; qualitative research; maternity.

INTRODUCCIÓN

El artículo trata de examinar la influencia que tiene el tipo de maternidad que ejercen las mujeres sobre la percepción del dolor en el parto. Las creencias sobre la maternidad y su significación social condicionan actitudes y prácticas hacia este dolor, asunto que tiene relevancia social porque afecta a las decisiones sobre el uso de recursos sanitarios como la anestesia (Biedma et al., 2010) y porque el dolor es transformado en valor para las mujeres, aunque cada tipo ideal de maternidad presente matices.

Al igual que la maternidad, el dolor ha sido conceptualizado y tratado desde diferentes paradigmas teóricos a lo largo de la historia. Hernández et al. (2017) proponen un recorrido por el tratamiento contemporáneo del dolor. El modelo biologicista lo ha abordado como una experiencia objetiva, mediatizada por un sistema físico de procesamiento del dolor (Clarke, 1986) cuyo origen es biológico (Good, 1994) que se trata clínicamente como una patología que se determina través de los síntomas (Luhman, 2000). El modelo neuropsicológico (Melzack y Wall, 1965) trata de conjugarlo con los procesos psicológicos de interpretación del dolor, de hecho, entre los descubrimientos en neurociencia se encuentra el hecho de que el dolor no se produce como una respuesta a un estímulo solamente, sino que el cerebro interpreta las señales que recibe en zonas del cerebro encargadas de dar significado a la experiencia, independientemente de que aquella sea dolorosa o no (Woo, C.-W. et al. 2017). Por su parte, el modelo cultural va a analizar el dolor introduciendo los aspectos culturales y colectivos del mismo, entiendo la importancia que tiene la red social para la experiencia del dolor (Kleinman y Benson, 2004). Dentro de esta

perspectiva, se considera imprescindible la obra de [Moscoso \(2011\)](#) que, a través de una epistemología histórica, analiza la retórica utilizada en la cultura para la construcción de una experiencia intersubjetiva del dolor, integrando en ella el papel que juegan las emociones. Por su parte, la sociología considera que analizar el dolor como una señal biológica del funcionamiento del cuerpo únicamente, puede considerarse algo reduccionista, ya que el dolor tiene una clara dimensión social, que se pone de manifiesto en el hecho de que los humanos reconocen las sensaciones dolorosas, pero estas son interpretadas y expresadas en función de las normas sociales y culturales ([Le Breton, 1999](#)).

Es necesario tener en cuenta que nos situamos ante un fenómeno en el cual intervienen elementos fisiológicos, emocionales y sociales, es decir, “se encuentra en la intersección entre la biología y la cultura” ([Bendelow and Simon, 1995](#), p. 140).

La explicación que procede del modelo médico, pues, nos resulta insuficiente para comprender cómo es el dolor del parto, más aún, si se tiene en cuenta que las ciencias sociales han mostrado que la experiencia del dolor es individual, pero que no puede ignorarse que el proceso de educación y socialización provoca la interiorización de creencias, imágenes, valores y normas sobre el dolor en lo que se refiere a sus causas, a la atribución de significados, a las funciones que cumple y a las reacciones adecuadas y legítimas ante él ([Porta, 2010](#)).

Entre estas reacciones, se encuentran emociones como felicidad o satisfacción, pero también otras experiencias negativas asociadas al dolor como el sufrimiento. Existe un rico debate sobre la naturaleza del sufrimiento como un aspecto del dolor o como un fenómeno diferenciado. El sufrimiento no siempre va acompañado de dolor, se trata de una sensación totalizadora que implica al individuo al completo, mientras que, el dolor no siempre va acompañado de sufrimiento ([Aguilar Fleitas, 2016](#)). Para que se produzca sufrimiento, debe producirse reflexión sobre el dolor y sobre los diferentes aspectos y atributos humanos, como la conciencia de uno mismo, la reflexión sobre el futuro y el pasado y sobre la propia identidad. Pero estas reacciones deben ser analizadas en un contexto social amplio y en relación a los recursos disponibles para afrontarlas, lo cual irá modulando el sufrimiento ([Vargas et al., 2008](#)). Durante el parto, el entorno en el que este se produce y las intervenciones llevadas a cabo, pueden conducir a las mujeres al sufrimiento porque, como muestra [Núñez \(2014, p. 48\)](#), “no es el dolor en sí el único factor que causa sufrimiento sino los elementos que están alrededor del dolor”, y entre ellos se asocian: tactos, falta de identidad, faltas de consideración. “Cómo han dado a luz las mujeres, ¿Quién las ayudó?, ¿cómo?, ¿por qué? Estas preguntas no se refieren simplemente a las historias de parteras u obstetras: son preguntas políticas” ([Rich, 1986](#), p. 199). En la atención a la pregunta que propone [Rich \(1986, p. 199\)](#), a grandes rasgos, se pueden diferenciar dos perspectivas o cosmovisiones del parto en diálogo sobre cómo debe ser atendido el parto. [Hernández Garre y Echevarría \(2016\)](#), recogen la biomédica como apuesta por la biointervención durante el parto, con el objetivo de disminuir riesgos durante su desarrollo (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, 2008a), también es llamada paradigma tecnocrático. La divergente, considera que la atención biomédica es intervencionista en exceso ([Odent, 2011; Gutman, 2006](#)) y propugnan una atención más holística, la posibilidad del parto domiciliario y una atención al parto más humanizada, perspectiva que es apoyada por asociaciones de madres como “El parto es nuestro” y cuyas recomendaciones recoge el Ministerio de salud en la Estrategia de Atención al parto Normal. Este tipo de parto es definido por la Organización Mundial de Salud, en adelante OMS, como “de comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones” ([OMS, 1996](#), p. 7). Pero advierte, “una gestante que se supone de bajo riesgo cuando comienza el parto puede en cualquier momento tener un parto complicado” ([OMS, 1996](#), p. 7).

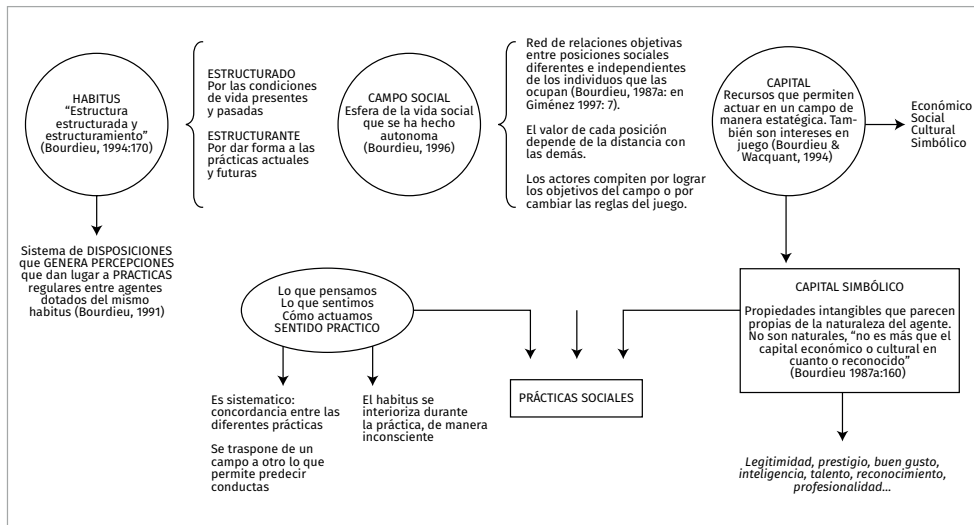
Entra en juego, pues, el debate sobre la medicalización del parto, concepto que viene a expresar la tendencia a tratar como patológicos eventos normales en la vida de las mujeres entre los que se encuentra el parto (Zola, 1972; Reissman, 1983; Conrad, 1992). Ante este debate, Garry (2002) argumenta que, al tratar nuestra salud, deseamos resultados que se han logrado porque determinadas situaciones que han sido medicalizadas previamente, y Sawicki (1990, p. 91) propone que “las mujeres no deben ser excluidas del control médico, sino que las instituciones que las atienden deberían tener en cuenta sus necesidades, puesto que, sin atención médica, no es posible el acceso de las mujeres a su autonomía”.

Continuando con la respuesta la pregunta de Rich (1986) sobre cómo dan a luz las mujeres, no debe perderse de vista que el tipo de parto mayoritario en España y en Andalucía es el que se produce en el sistema sanitario en el marco de un modelo medicalizado. Junto con las normas de atención a la salud de la mujer de parto y a la criatura, este modelo responde a una organización estandarizada del parto en lo que se refiere a los procesos, tiempos y espacios en los que se realiza. La observación y el análisis de estos procesos conduce a Hernández Garre et al., (2016) a la conclusión de que “el parto hospitalario e intervencionista constituye un auténtico patrón cultural de asistencia, un rito de paso hacia la maternidad vertebrado por las tres fases rituales clásicas: separación, margen y agregación” (Ibid., 421).

Usando un enfoque sociológico, el interés se ha centrado, en identificar y comprender los mecanismos que modelan la percepción social del dolor teniendo en cuenta los discursos y las prácticas sociales de las mujeres en relación al dicho dolor.

Al incluir elementos sociales en el análisis del dolor, se hace necesario utilizar una teoría sociológica que permita poner en relación las experiencias individuales de las mujeres y los contextos sociales en los que se producen, pues consideramos que parte de ellos actúan como mediadores entre el dolor y la percepción e interpretación del mismo, y la Teoría de la Acción de Bourdieu (Bourdieu, 1997) es una herramienta teórica idónea para tal fin. La figura 1 muestra un esquema del marco teórico utilizado.

Figura 1. Marco teórico



En primer lugar, utilizamos el concepto de *campo social*. Analíticamente un campo se define como “una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones” (Bourdieu y Wacquant, 2005, p. 150). Dentro de los límites de un campo social existen agentes, relaciones y prácticas sociales, así como diferentes tipos de capital que se ponen en juego y que se utilizan para conseguir objetivos o para cambiar las normas del campo. Un campo se considera una esfera de acción que, como resultado de un largo proceso histórico, ha llegado a ser autónoma (Bourdieu, 2000). En nuestro caso, entendemos que la maternidad se ha configurado como un campo autónomo de otros como resultado de un proceso histórico durante el cual se ha ido modificando su función, las relaciones que se producen en torno a ella y su significación social en sociedades complejas. Precisamente el parto es uno de los elementos del campo de la maternidad y, dado que estos dos eventos son inseparables, no puede analizarse el dolor del parto al margen de la maternidad.

Al igual que otros hechos sociales, la maternidad tiene la doble naturaleza de ser una experiencia individual, intersubjetiva, y a la vez ser una institución que cumple una función para el sistema social, regida por un conjunto específico de normas. Sin embargo, a pesar de que las mujeres siempre han tenido las capacidades reproductivas para ser madres, la experiencia intersubjetiva de la maternidad es propia de cada momento histórico. Asimismo, la significación y el ejercicio de la maternidad en términos de práctica social, están mediatizados por las condiciones sociales, económicas y políticas de cada momento histórico (Rich, 1986). De hecho, hace décadas que la literatura aborda y analiza la maternidad como un constructo social. Diferentes representantes de la teoría feminista, en particular, desvinculan la maternidad contemporánea, definida como experta y desinteresada, de la naturaleza y del instinto (Badinter, 1981 en Malacrida, 2012, p. 750). Compartimos esta perspectiva, entendiendo que no existe una maternidad única, universal e inevitable, sino que ésta se construye en relación al sistema social en el que se produce.

Perspectivas de análisis diferentes permiten observar la maternidad como un conjunto de prácticas sociales relacionadas con la clase social (Martín Criado, 2004), permite observarla en relación con el cambio social y las transiciones que experimentan las parejas cuando tienen hijos (Abril et al., 2015), y también las contradicciones experimentadas por las mujeres madres en sus procesos de individualización (Castilla, 2009). Por otra parte, las prácticas maternas deben ser interpretadas a la luz de la existencia un Estado de bienestar de clara orientación familista en España y en Andalucía (Rodríguez y Navarro, 2008) que no ha sido modificado estructuralmente ni en los momentos de mayor inversión pública (García-Rodríguez, 2014).

En la actualidad no existe un modelo único de maternidad, si bien el análisis realizado por Medina et al. (2014) muestra como las representaciones sociales de la maternidad en las revistas familiares inciden mayoritariamente en un modelo de maternidad intensiva (Hays, 1998) caracterizado por la dedicación plena de las madres a sus criaturas. La actualización de estas prácticas maternas es analizada por Alzard (2019) llegando a la conclusión de que reproduce un conjunto de prácticas que propicia el modelo económico neoliberal, que no facilitan la completa participación social de las mujeres.

Otras perspectivas de análisis enfocan la existencia de tabúes en relación a la maternidad, como el arrepentimiento, investigado por Donath (2016) y la existencia de diferentes costes para las mujeres que, por lo general, no se encuentran en el discurso público (Lazarre, 2018).

La autonomía de los diferentes campos no es absoluta, se refiere, más bien, a la existencia de unas normas y dinámicas propias para interpretar la sociedad (Martín Criado, 2008). Los campos que más influencia tienen sobre el campo de la

maternidad son, el sanitario y el laboral porque influyen en la definición y evolución del significado social de la maternidad. El campo sanitario, a través de la tecnología, ha transformado el dolor del parto en una práctica social, en una opción, dando lugar a interpretaciones nuevas de su sentido. El campo laboral, por su parte, da lugar a nuevas prácticas en el ejercicio de la maternidad y a nuevos estándares de calidad en la evaluación de dichas prácticas. De hecho, su influencia ha dado lugar a una nueva reflexividad social sobre la posición de las mujeres en la estructura social, sobre nuevas perspectivas en el uso del tiempo compartido con los y las hijas, y sobre los déficits estructurales que enfrentan las mujeres para trabajar y criar a sus criaturas. Dema (2005) e Ibáñez (2008) inciden sobre los impactos que tienen en las relaciones de género la incorporación de las mujeres al empleo y la existencia de doble ingreso en los hogares. Esta situación es especialmente relevante para las mujeres que, finalmente, adoptan “soluciones biográficas” (Bauman, 2005, p. 66) al reto vital que les supone la maternidad en el marco de una estructura social desigual.

Para analizar la relación de la maternidad con la percepción social del dolor en el parto, es necesario utilizar otros dos conceptos de la teoría sociológica de Bourdieu, el de *habitus* y el de capital. El concepto de *habitus* que se define como un sistema de disposiciones durables y transferibles, estructuras estructuradas predisuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente «reguladas» y «regulares» sin ser el producto de la obediencia a reglas, y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta. (Bourdieu, 2007, p. 86)

Los individuos disponen de esquemas mentales que son el resultado de haber interiorizado la estructura social y que actúan como mediadores en la percepción y orientan las prácticas sociales, produciendo así estructura social. Al ser las categorías de percepción individuales, también es individual la orientación a las prácticas sociales, por tanto, el *habitus* es lo que diferencia a individuos que ocupan una misma posición en la estructura social.

Para relacionarse en el campo de la maternidad los agentes sociales, las mujeres en este caso, necesitan capital. Éste puede ser de varios tipos y cada uno tiene un valor diferente dependiendo del campo en el que se esté participando. En el campo de la maternidad, el capital más valioso que puede obtener una mujer que es madre es el simbólico: ser reconocida como buena madre. Se trata de un capital estratégico porque facilitará que los individuos logren sus objetivos y, también, tiene un valor de recompensa. Es aquello que es eficaz en un campo determinado, lo que permite a su detentador tener poder o influencia en un campo (Bourdieu y Wacquant, 1994).

METODOLOGÍA

La hipótesis de trabajo es que el dolor del parto es percibido de manera diferente según el sentido que le atribuyen las mujeres según sus experiencias. Consideramos que la producción de sentido es un acontecimiento compartido que se realiza en el contexto social a través de la interacción de los individuos, por lo que es necesario investigar desde una perspectiva cualitativa.

Esta metodología proporciona una perspectiva dinámica de los problemas sociales, dado que permite observar la producción del discurso social a través de grupos de discusión. El uso de esta técnica de investigación se justifica por dos razones: la primera porque el diseño de la muestra, la contactación de los participantes y la interacción que se produce entre ellos, permiten que el grupo tenga validez externa

(Martín Criado, 1997, p. 107), además de interna, con lo que podemos generalizar la información al conjunto social investigado. La segunda porque permite acceder a la subjetividad de los individuos y a las interpretaciones de la realidad social que emergen en la conversación reproducida en el grupo de discusión, y que son imprescindibles para comprender la percepción social del dolor del parto, dado que no es una experiencia puramente subjetiva.

Diseño y composición de la muestra

Se han realizado un total de 10 grupos de discusión en la Comunidad Autónoma de Andalucía (España), durante febrero y marzo de 2016. Seis de los grupos responden al tamaño que sugiere el canon teórico: se trata de grupos que han tenido una media de siete mujeres participantes. Los otros cuatro son grupos reducidos con cuatro participantes cada uno. Estos grupos son una réplica de los anteriores y se han llevado a cabo con un objetivo experimental. Se trata de conocer si sus dinámicas pueden ser equivalentes a los grupos más grandes, es decir, si la generación de los discursos sigue las mismas normas y procesos que en aquéllos, o si el cambio en las condiciones de producción de los discursos provoca un cambio significativo. No obstante, este tema no será desarrollado aquí por exceder el interés de este artículo.

Los criterios de selección de la muestra responden a las variables socio-demográficas edad, estudios, situación laboral, que fueron distribuidos en municipios con tamaño de hábitat diferente para garantizar la inclusión de la diversidad territorial de Andalucía. Dado el objetivo de la investigación, el sexo no se ha tenido en cuenta como variable de selección. Asimismo, se ha utilizado como una variable constante, necesaria para la composición de todos los grupos, el hecho de que las participantes deben “tener al menos un hijo o hija menor de dos años”. Las características de la muestra estructural se muestran en la [tabla 1](#).

Tabla 1. Diseño de la muestra estructural. Características y distribución territorial de los grupos de discusión.

| Grupos canónicos | | | | | | | |
|----------------------------|--------|---------------------|-----|----------|-----------------|------|------|
| Entre 100.001-400.000 hab. | | 20.000-100.000 hab. | | | < 20.000 hab. | | |
| Situación laboral | | Edad | | Estudios | | | |
| Cuidado no pagado | Empleo | < 25 | >25 | ESO | No obligatorios | | |
| GD5 | GD6 | GD2 | GD1 | GD3 | GD4 | | |
| Grupos reducidos | | | | | | | |
| Entre 100.001-400.000 hab. | | 20.000-100.000 hab. | | | < 20.000 hab. | | |
| Situación laboral | | Edad | | Estudios | | Edad | |
| Cuidado no pagado | Empleo | <25 | >25 | ESO | No obligatorios | < 25 | >25 |
| | | | | GDr1 | GDr2 | GDr4 | GDr3 |

Fuente: Elaboración propia.

Los grupos son lo más homogéneos posible para garantizar la participación, la interacción y la comunicación de los participantes en su desarrollo, por lo que la composición no es excesivamente compleja, pero entre ellos son lo suficientemente heterogéneos para observar diferentes perspectivas de la percepción del dolor. Los

grupos reducidos son una réplica de los canónicos. La [tabla 2](#) muestra los perfiles que resultan y las características de cada uno de los grupos de discusión.

Tabla 2. Composición y características de los grupos de discusión.

| | Variable de selección | Participantes | Duración | Fecha | Hora |
|------|--------------------------|---------------|-----------|------------|-------|
| GD1 | >25 años | 8 | 131'11" | 16.02.2016 | 18'00 |
| GD2 | < 25 años | 8 | 102'02" | 18.02.2016 | 19'00 |
| GD3 | ESO | 8 | 74'24" | 18.03.2016 | 18'00 |
| GD4 | Estudios no Obligatorios | 7 | 85'12" | 03.03.2016 | 19'30 |
| GD5 | Cuidado no pagado | 8 | 119'14" | 08.03.2016 | 18'00 |
| GD6 | Empleo | 8 | 103'43" | 03.03.2016 | 19'00 |
| GDr1 | ESO | 4 | 107'04" | 18.02.2016 | 16'30 |
| GDr2 | Estudios no obligatorios | 4 | 92'57" | 03.03.2016 | 16'30 |
| GDr3 | >25 años | 4 | 97'41" | 11.02.2016 | 18'30 |
| GDr4 | <25 años | 4 | 90'59" | 10.03.2016 | 17'30 |
| | | | X=100'29" | | |

Fuente: Elaboración propia.

La muestra estructural ([Serrano, 2013](#)) no responde a criterios de representatividad estadística, sino que incluye la variabilidad existente en los discursos sociales, atendiendo al principio de saturación ([Callejo, 1998](#)), que ha quedado garantizada por las variables utilizadas en el diseño.

Por otro lado, la muestra recoge las variables sociodemográficas que son necesarias para obtener la muestra de mujeres sobre la que se realiza la construcción empírica de una tipología ideal de mujeres, sobre la base de la tipología teórica construida por [García-De Diego et al. \(2015\)](#). Dado que los tipos ideales no son directamente accesibles en la población, serán construidos a partir de las variables sociodemográficas de las mujeres y su relación con los discursos sociales sobre la maternidad y el dolor del parto, de modo que los criterios tenidos en cuenta para la inclusión de las mujeres en la muestra son las que se indican en la [tabla 1](#). Los grupos han sido conducidos por un moderador, técnico superior de investigación del Instituto de Estudios Sociales Avanzados del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IESA-CSIC), cuyo papel fundamental ha sido introducir el grupo y conducirlo, empleando un estilo de moderación mínima ([Canales y Peinado, 1999](#)) para facilitar la emergencia de un discurso libre de interferencias. El moderador estuvo acompañado de un ayudante que tomó notas durante el desarrollo del grupo. Todos los grupos han sido grabados y transcritos literalmente con posterioridad a su celebración.

Análisis de los grupos de discusión

Para observar los discursos sociales sobre la maternidad y el dolor del parto, se ha utilizado la tipología ideal construida por [García-De Diego et al. \(2015\)](#), que caracteriza teóricamente distintas formas de ejercer la maternidad, resultando: el tipo ideal tradicional, el tipo ideal moderno y el tipo ideal postmoderno, en

correspondencia con el proceso de cambio social propuesto por Beck et al. (1997). La tipificación ideal es una estrategia utilizada para conceptualizar y analizar fenómenos sociales. Consiste en sintetizar bajo un tipo ideal los elementos que mejor definen el fenómeno esencialmente (Weber, 1982).

Al aplicar esta categoría al análisis de los textos en esta investigación, inicialmente fueron identificadas las categorías que fundamentan cada tipo ideal teórico, con el objetivo de caracterizarlos empíricamente a través de los discursos y prácticas sociales de las mujeres. En el proceso de codificación y categorización no se han identificado todos aquellos que estaban inicialmente previstos y, al contrario, se han incluido otros que no formaban parte del esquema inicial. A través de este proceso inductivo-deductivo, se determinaron como principales para el análisis: las dimensiones de la maternidad (Rich, 1986), creencias sobre la maternidad (Oakley, 1984; Martín Criado, 2004; De Miguel, 2015; Cid, 2002), interpretación del dolor y técnicas para aliviarlo (Bendelow, 1993; 1995; 2006) y, por último, los impactos del dolor (Dahlke, 2009; Mishler, 1984).

El análisis, no asistido por ordenador, se ha realizado en varias fases: conjuntamente primero y grupo a grupo después. Una vez conocido el discurso social resultado del análisis conjunto de los grupos, se identificaron los tipos ideales de mujeres, a los que se hizo referencia anteriormente.

La técnica utilizada en el análisis es la Espiral Herméutica (Kaufman, 2005; Landa, 2005). Este proceso de análisis trata de garantizar que el punto de vista de quien produce el discurso será respetado. Los textos se analizan teniendo en cuenta lo que dicen las participantes en los grupos, y lo aprendido como resultado del propio análisis, conduce a una nueva indagación en el texto. Se trata, por tanto, de un proceso recurrente y enriquecedor. En este proceso se comprueba, asimismo, el grado de adecuación del marco conceptual al discurso y a las prácticas sociales.

RESULTADOS

Los resultados muestran empíricamente las relaciones que se establecen entre los discursos sobre la maternidad y el dolor del parto en cada tipo ideal de mujer: tradicional, moderna y postmoderna (García-De Diego et al, 20015), que emergen como resultado de aplicar dicha tipificación teórica al análisis de los grupos de discusión.

Con carácter general, la maternidad es una institución social (Rich, 1986) regida por un conjunto de normas y de conocimientos compartidos que se adquieren a través de prácticas sociales. No obstante, la interpretación de dichas normas dependerá del habitus de las mujeres. En cada tipo ideal de mujer, establecerá pues, una relación distinta con la maternidad y ésta es la que se encuentra en la base de las diferentes percepciones del dolor.

Al analizar los discursos sociales, se ha observado que las mujeres cuyo concepto y práctica de la maternidad y del dolor tienen unos rasgos más tradicionales, son jóvenes, casadas, se ocupan del trabajo doméstico y del cuidado familiar no pagado. Carecen de ingresos propios y cuando tienen suelen ser esporádicos y muy escasos. Su nivel de estudios es el obligatorio y es bajo en relación a los otros tipos.

Esas mujeres experimentan la maternidad como un objetivo vital que les concierne a ellas particularmente, que se define en la práctica de los cuidados y en la crianza de los hijos y al que se llega a través de un ejercicio de libertad personal. Identifican la maternidad y las prácticas que se ejercen en torno a ella, como parte esencial de la naturaleza femenina y como la consecuencia de un instinto específico,

por ello, cuanto acontece, ya sea dolor, cansancio, preocupación, sacrificio o amor, es interpretado sin problematizar.

Toda circunstancia vinculada con la maternidad se interpreta como la norma, para cuyo cumplimiento ellas disponen de capacidades innatas. Estas mujeres se dedican a la maternidad intensivamente, invierten todo su tiempo en atender y cuidar a sus hijos (Solé y Parella, 2004), siendo sus tareas cada vez más diversas y sofisticadas.

Estos cuidados se consideran propios de “buenas madres” (Martín Criado, 2004) y son utilizados, por un lado, como medio para la expresión de la emocionalidad y del amor a los hijos, y de ahí la importancia otorgada a la experiencia sensorial: y, por otro, como un indicador de la calidad de la maternidad ejercida.

El mandato de ser una buena madre en este tipo requiere la puesta en marcha de determinados mecanismos sociales: la adaptación a las condiciones en las que se ejerce la maternidad y la emergencia de una identidad social tradicional, vinculada al cuidado de los hijos como objetivo principal. Desde que nacen los hijos, las mujeres reproducen los discursos y las prácticas sociales más tradicionales sobre la maternidad: el hijo se sitúa en primer lugar, ellas se sitúan como personajes secundarios de sus propias vidas, entregadas al cuidado y al bienestar de los hijos y se asume que el sufrimiento es parte sustancial de sus vidas. Un elemento esencial del sufrimiento es el dolor del parto.

Sentirlo (GD1),

sentirlo Salir y vivirlo, yo no lo he tenido, yo no sé lo que es parir en verdad, (DG2)

“sentir lo que yo estaba sintiendo, tu no lo va a sentir en la...”. (GDr2)

Me dedico a mi casa, a cuidar a los niños, llevarlos al colegio, traerlos, llevarlos a las clases (GD3)

Lo más bonito que hay en la vida, por lo menos para mí. Yo tengo 4 y para los 4 he tenido la misma ilusión (GD3)

Te lo quitas to para tus hijos, eso está de cajón, vamos que te cambia la vida eso es seguro (GD3)

a mí me alegra cambiar las fiestas por los parques. Es la verdad. No sabía yo que iba a disfrutar tanto en los parques (GD3)

vamos a salir” no, yo no quiero salir, yo quiero estar con mi niña (GD3)

Si yo estoy encantada de tenerla, a mí me ha dado mi vida (GD3)

estoy en paro y buscándome la vida y ama de casa (GD3)

soy auxiliar de geriatría y dependienta, pero de momento no [sin empleo] (GD3)

Como la maternidad, el dolor ha sido definido históricamente de formas muy distintas (Moscoso, 2013; Bodicce, 2017) así como sus significaciones. Las mujeres tradicionales definen el dolor como un elemento propio del parto sin el cual no es posible ejercer una maternidad de calidad, porque la maternidad empieza a ejercerse en ese mismo instante. Sin embargo, esta percepción del dolor del parto está mediatizada por significados diferentes a causa de los cambios sociales y tecnológicos producidos en las sociedades complejas avanzadas que han transformado el dolor del parto en una práctica social, como indican las relaciones que establecen las mujeres con el sistema sanitario y los discursos sociales sobre la elección entre anestesia y dolor.

Se debe tener en cuenta que en España la atención sanitaria al parto en los centros públicos del Sistema Nacional de Salud es un derecho universal y gratuito,

financiado mediante impuestos. Del total de los partos atendidos en España en 2018, el 81,1% (Ministerio de Salud) se efectuó en el SNS. Por otro lado, en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se establece que la anestesia epidural deba estar disponible para todas las gestantes que lo solicitan. En el 62,9% de los partos se utilizó anestesia loco regional en 2018 (Ministerio de Sanidad, 2020). La solicitud es formalizada mediante un documento de consentimiento informado siempre antes del parto. La Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud vigente en España y aplicado en las Comunidades Autónomas, entre ellas, Andalucía, indica también que deben existir diferentes alternativas de analgesia al parto de las que las mujeres deben ser informadas.

Dado que no es posible medir el dolor en términos estrictamente cuantitativos y objetivos, se han utilizado como “proxy” los relatos y las descripciones del dolor. En términos generales, los relatos muestran que suele ser una experiencia apremiante y angustiada, y que es diferente a cualquier otro dolor.

“yo no podía, yo no podía, yo no podía [...] yo pedía la epidural, pero vamos a gritos” (Gd2 Alba 20)

“yo pedía la epidural a gritos; a gritos como podía entre contracción y contracción, pero la epidural no venía” (GD2)

“horrible, horrible” (GD2)

“yo la verdad sigo con pesadillas sobre el parto, no quiero hablar” (GD2)

Esta posibilidad de elegir si se prefiere con dolor o con anestesia, es el factor que hace emerger las significaciones del dolor para las mujeres, dado que, como muestran los discursos, la actitud ante el dolor es una fuente de capital simbólico para ellas. En el caso de las mujeres tradicionales, el parto suele ser con dolor, aunque, como muestran los discursos, esta decisión en muchas ocasiones no es el resultado de un proceso de reflexión intencional, sino que llegado el momento se reproducen las prácticas tradicionales interiorizadas. También ocurre que, ante la imposibilidad de utilizar la anestesia, se reconstruye la posición ante el dolor y se justifica mediante los discursos interiorizados que corresponden a los circulantes en sus contextos.

En las narraciones del parto (Dahlke, 2009) las mujeres del tipo ideal tradicional enfatizan la importancia que tiene para ellas a pesar de la intensidad, de los nervios, y de la incertidumbre y preocupación por el hijo que todas ellas experimentan. Sin embargo, al analizar la actitud ante el dolor, emerge un discurso confuso en cuanto al alivio que, como muestran las inconsistencias entre discursos y prácticas, se expresan dependiendo del momento de la discusión que sea analizado. Cuando las mujeres paren con dolor, independientemente de que haya sido una decisión intencional o no lo haya sido (en ocasiones el desarrollo del parto hace que no pueda utilizarse anestesia), es porque consideran el dolor como una herramienta útil para el desarrollo del parto. Desde el punto de vista fisiológico porque creen que las orienta durante el proceso, saben cómo comportarse en cada momento, cuando tienen que empujar, etc. Desde el punto de vista emocional, a través del dolor experimentan el sentimiento de la maternidad de manera pura y sin adulterar por la anestesia. Cuando el dolor no existe la sensación de transformarse en madres desaparece, y con ello pierden también la sensación de seguridad que les aporta reproducir una práctica tradicional que rige en sus entornos sociales y familiares que indica que, si siempre se ha parido con dolor, es positivo seguir haciéndolo.

[cuando le ves la cara] Lloras de alegrías y se te quitan, todas las lágrimas (GD3)

Es que tú lo ves (GD3)

Y se te quita todo (GD3)

Yo tuve los 3 últimos sin epidural (GD3)

Yo no, yo llegar y parir ligero, gracias a Dios, no me puedo quejar. Me he aguantado (GD3)

Te quita los dolores en ese momento, pero después tienes que empujar y te va a doler igual, vaya (GD3)

no ponérmela. Eso es lo que yo quería cambiar. Tenerlo como mi madre me tuvo a mí (GD3)

Yo quería probar lo que era antiguamente (GD3)

Y es mejor (GD3)

yo le temía ponerme la epidural, yo no quería ponerme la epidural (GD3)

yo para no quiero epidural ni matada (GD3)

Siguiendo con el tipo ideal tradicional, el dolor tiene un sentido claro vinculado a la situación social de las mujeres, a su papel en la reproducción biológica y en la reproducción social. La consideración del dolor como útil, positivo y necesario para desempeñar una buena maternidad está condicionada por los hábitos de las mujeres, en cuyos entornos sociales, familiares y personales está socialmente legitimado. Esta legitimidad se ve, con frecuencia, reforzada también por el sistema sanitario cuando lanza a las mujeres mensajes que retroalimentan lo que ellas consideran fortaleza, valentía y sacrificio: el vínculo del dolor con el ejercicio de la maternidad es tan intenso que, incluso cuando las mujeres han usado anestesia, el alivio se justifica como una manera de tener más consciencia y control sobre el proceso, como una herramienta para mejorar el ejercicio del rol maternal desde su comienzo.

de las que ya van quedando pocas (GD2)

yo dije: yo no quiero epidural. Y todo el mundo -todos los matrones- 'uy, digo, una mujer sin epidural. Eso ya'... 'sin verlo, eso solo se ve un caso cada 10 mujeres, por ponerte'. Y decía todo el mundo allí '¿Y sin epidural?'. Ay, ya está, Qué fuerte madre mía'. Digo: vamos a ver, pues como toda la vida (GD2)

Las mujeres cuyo discurso corresponde al tipo ideal moderno son más mayores que las tradicionales cuando afrontan la maternidad, tienen estudios no obligatorios o superiores y tienen empleo. Las que están en paro buscan empleo y quieren volver a trabajar y, en conjunto, tienen ingresos más altos que el resto.

La maternidad no ha sido su primer objetivo vital. Antes han desarrollado trayectorias profesionales y han convivido con sus parejas, sin tener hijos. La maternidad se ha ido postergando hasta encontrar el momento adecuado y, en ocasiones, se ha llevado a cabo más por el interés de la pareja que por el de la propia mujer. La maternidad en este tipo se define como un proyecto individualizado muy influenciado por la disposición de capital social, cultural y económico.

Me gustan los niños, pero no tenía yo muy desarrollado el instinto maternal de estas que se casan y dice: "quiero tener niños ya" [] Profesionalmente me he pedido reducción de jornada ya con el tercero porque ya me costaba mucho trabajo por la mañana y por la tarde, aunque tengo mucha ayuda en casa de mis padres, la verdad [] yo le leo el cuento al niño a las ocho y media, me quedo dormida [risas], Lo llevo bien. Me ha reconfortado mucho la maternidad (GD4)

Yo tampoco tenía unas ganas locas de tener niños. Bueno, yo también estaba con mi marido, antes de casarnos, bastante tiempo viviendo juntos. Nosotros nos casamos y al poco tuve al niño, pero ya de convivencia muchos años ya. O sea, para mí es como si estuviéramos casados de antes. Y recuerdo que él quería tener niños y yo no quería todavía liarme en eso, era como... uff, ¿para

qué? Si es que tampoco... Pero es verdad una vez que tienes... yo por lo menos, la experiencia que tengo es que una vez que tuve a mi niño es como: "¡Ostras, esto es la leche! (GD4)

La maternidad está más ligada a la vida cotidiana y a las prácticas sociales que a valores esencializados, dado que, de manera espontánea, se relaciona con el ámbito laboral y con la influencia que aquel ejerce sobre el ejercicio de la maternidad. Las prácticas de la maternidad están determinadas por la vigencia del modelo "male breadwinner" (Ciccia y Verloo, 2012) a pesar de que las mujeres tienen empleo y lo consideran el elemento principal de su estabilidad personal. Asimismo, están determinadas por una estructura familista del Estado del bienestar (Taylor-Gooby, 2004) que hace recaer el peso de los cuidados no remunerados sobre las mujeres.

La maternidad deja de ser intensiva para ellas (Solé y Parella, 2004) y la posición social no se define por la dedicación exclusiva a los hijos, sino por la participación en un conjunto de campos sociales en los cuales las mujeres obtienen diferentes capitales. Las mujeres de tipo moderno también aspiran a obtener recompensas de tipo simbólico: ser reconocidas como buenas madres. Estas no utilizan las prácticas de la maternidad intensiva para obtenerlo, dado que tienen que contar con el campo laboral, por ello, utilizan el "tiempo de calidad" como equivalente de los tradicionales abnegación, dedicación y sacrificio. La categoría "tiempo de calidad" hace referencia a la dedicación prioritaria y exclusiva a los hijos en los momentos de ocio para desarrollar de modo intencional la relación personal y emocional con ellos. La elaboración de esta categoría de análisis de la realidad ha sido posible porque las mujeres modernas han desvinculado el amor del ejercicio de los cuidados domésticos y del mantenimiento del hogar.

El dolor en el discurso típico ideal moderno se describe como una experiencia dura.

duele brutalmente (GG6)

llegó un momento que a mí me pegó tres crujíos grandes que yo digo metedme para dentro y drogadme que lo que sea, que lo que sea, que lo esto no lo aguanto (GD6)

al final me puse la epidural porque no podía aguantar más (GD1)

No es fortísimo, es que era, terminaba uno y empezaba otro y cada vez más, cada vez más. Sin embargo, una vez me pusieron la epidural [...] en paritorio yo no noté nada, yo no sentí nada [...] lo recuerdo como el mejor momento de mi vida (GD4)

No todas las mujeres lo relatan igual ni se refieren al mismo momento del parto cuando lo narran: unas hablan del dolor de las contracciones, otras del expulsivo, otras del alumbramiento, etc., por ello la percepción de la duración y del dolor del parto, difiere entre las mujeres. Esta diferencia, al destacar en qué momento se ha sentido el dolor, es la que hace posible que se produzcan afirmaciones como tener un parto muy doloroso a pesar de la anestesia o un parto sin ningún dolor a pesar de haber tenido contracciones (la anestesia se administra en un momento específico del parto en el que ya se han producido contracciones).

El dolor en este discurso no tiene utilidad alguna, ni social ni personal, no se vincula con la calidad de la maternidad ni con los cuidados, por ello las mujeres creen que el mejor parto es rápido, sin dolor y sin complicaciones. El análisis del dolor se enfoca sobre sus cuerpos y sus experiencias, incluso la lactancia se menciona como una práctica que genera bienestar personal. El bienestar del hijo y la abnegación maternal no están en juego aquí, se da por supuesto que para tener un parto exitoso y para ser una buena madre no es necesario sufrir ni experimentar dolor. El dolor del parto no aporta nada ni a ellas ni a sus hijos, es más, entienden que cuando un

parto está libre de dolor, puede ser muy agradable y seguro y, además, facilita la participación consciente de las mujeres en el nacimiento de sus hijos.

El dolor no acaba con el parto, hay otros que se experimentan después: la recuperación de las intervenciones, los entuertos, las curas de las cicatrices y el impacto del parto sobre el cuerpo. Entre estos se sitúa también el dolor que genera la lactancia materna. Buena parte de las mujeres han sentido presión social para ejercerla y también dolor: mastitis, grietas, obstrucciones, agravamiento del dolor de las episiotomías y de los entuertos. El discurso esencializado que presenta la lactancia como un elemento fisiológico y fácil de ejercer por todas las mujeres e imprescindible para el vínculo materno filial, está lejos de las experiencias reales de las mujeres, que emocionalmente experimentan sufrimiento con frecuencia.

“¿Cómo algo tan natural puede ser tan difícil?” (GD1)

Las mujeres practican la lactancia de manera consciente, a pesar del dolor, porque se ha transformado en algo más que una práctica saludable; en los discursos circulantes aparece representada como una práctica esencial y característica de la buena maternidad.

Para las mujeres modernas la lactancia tiene el mismo sentido que tiene el dolor del parto para las mujeres tradicionales: obtener capital simbólico, reconocimiento del ejercicio de unas prácticas de calidad en el campo social de la maternidad. De hecho, la lactancia es una práctica costosa, dolorosa para muchas mujeres que se experimenta negativamente en esos términos, pero que se ejerce por el beneficio que supone para la criatura o porque es una práctica de calidad en el cuidado de las criaturas, siendo socialmente reconocida como un indicador de buena maternidad

yo estaba tan obsesionada con cogerte y darle el pecho ya... (GD6)

muy obsesionada con eso y con que con la cesárea no me iba a bajar el pecho (GD6)

Como decía la matrona "tú piensa que este dolor es para algo bueno, no para algo malo (GDR3)

Yo hasta los dos meses, dos meses y pico no he disfrutado del pecho y ahora todo el tiempo que ella quiera (GD1)

¿Y no pensáis?: yo doy pecho, pero yo me puedo poner un poco ¿no pensáis que estamos un poco presionadas?, porque yo he visto a gente que no pueden dar el pecho...que lo han pasado muy mal porque las han machacado psicológicamente (GD1)

el postparto fatal...mastitis, grietas (GD1)

yo me moría por darle el pecho. Era mi super ilusión (GD6)

en la época de mi madre no se llevaba darle el pecho, eso ha sido ahora cuando se está empezando a volver a retomar [...] y te lo ponen como algo fácil que no lo es para nada y tú te mentalizas de que si no lo haces eso es que no eres buena madre. Me arrepiento de no haberlo dejado antes porque estaba amargada (GD6)

Ese hospital por los casos que escuchas no son propecho (GD4)

El discurso que recoge el tipo ideal postmoderno es propio de mujeres con un nivel de estudios no obligatorios y empleos cualificados, que han abandonado el mercado laboral para cuidar criaturas o se han dado una pausa en el mismo también para cuidar a las hijas. Sin embargo, este discurso también ha sido recogido por mujeres con una mala inserción en el mercado laboral y niveles de estudios obligatorios, que lo han adaptado y reinterpretado a sus condiciones de vida.

yo estaba, tenía una beca en la universidad, la verdad es que así laboralmente estaba bastante bien, hice un doctorado y tal y bueno, a raíz de ser madre la verdad es que me cambió la vida y bueno, el papá también, nos separamos al poco tiempo de nacer el bebé y nada que me zambullí directamente en la maternidad y aproveché todo el paro que pude, que tenía, de años, de años anteriores y ahí acumulables y me tiré como 2 años y medio totalmente volcada en la maternidad y nada, y luego a los 3 años volví a retomar un poco la función social ¿no? más hacía fuera, y bueno hace una formación en biodanza que la hice paralelamente a mi embarazo y mi proceso de maternage y bueno en lo que hago actualmente, doy talleres de biodanza y porque bueno, la verdad que en la biodanza encontré esa manera de compaginar ambas cosas (GD5).

pero sí que es verdad que, que, en aquellos momentos de ser primeriza, recuerdo como esa sensación, ¿no? de que si yo me fuera a trabajar quien iba, quién iba a cuidar de mi niño ¿no?, tenía esa sensación ahí fuerte y, o sea, yo lo de dejarlo en una guardería, dejarlo en un sitio para yo seguir trabajando (GD5)

La maternidad postmoderna en la que discurso y práctica están vinculados se define como la vuelta de la mujer al hogar cuando nacen los hijos para desarrollar una maternidad intensiva que responde a la división sexual del trabajo. Es el resultado de un proceso de reflexión personal de las mujeres, que definen la maternidad como la entrega total a los hijos y el establecimiento de vínculos constantes desde el nacimiento. Este tipo de maternidad exige la presencia permanente y activa de la mujer porque su carta de presentación es “lo natural”.

La maternidad postmoderna trata de ser extensa, aunque no en el seno de una familia tradicional, sino en el marco de comunidades y grupos de apoyo, que producen y reafirman identidad. Las prácticas son las tradicionales, resignificadas, a las que se les atribuye un nuevo sentido.

El capital simbólico se define como identidad y diferenciación y se obtiene, al igual que en los otros tipos, al cumplir las normas propias del campo: ser una buena madre. Las prácticas diferenciadoras son, entre otras: usar un nuevo lenguaje para nombrar los mismos procesos, entender la maternidad intensiva como una necesidad de madres e hijos, considerar el dolor una expresión relacional y positiva del parto, tener el parto en casa sin usar anestesia y desempeñar una lactancia prolongada. Para llevarlas a cabo, las mujeres apelan a “lo natural”, sin embargo, ejercer una buena maternidad postmoderna requiere un considerable capital social y económico. Ello por no entrar en cuestión sobre qué elementos pueden ser considerado naturales o no en el parto (Mansfield, 2008).

Yo por eso que, que está ahí como muy arraigado el tema del dolor, el parir con dolor, que no podemos parir, de que tenemos que hacerlo con máquinas, con epidurales y yo, yo es que sinceramente reivindico el que somos perfectamente capaces (GD5)

A mí me sirvió mogollón el hecho de que mi pareja estuviera en el segundo y en el tercer caso, que mi pareja estuviera en el agua ahí conmigo, la última, o sea, yo lo miraba y él estaba (GD5)

Sus rasgos más característicos son considerar el parto como un proceso privado que se ejerce en el hogar, ajeno a la intervención tecnológica y a la anestesia, que se consideran una amenaza para el desarrollo mismo del parto y para el establecimiento del vínculo emocional entre la madre y el hijo.

El parto medicalizado para las mujeres postmodernas se basa en la creencia en que las mujeres no son capaces de tener un parto natural con dolor y reivindican que las mujeres puedan tener un parto sin el uso tecnología, sin epidural y fuera del sistema sanitario con el objetivo de obtener poder y control sobre sus cuerpos y sus procesos.

Al ser el dolor un elemento natural del parto, tiene la función esencial de establecer los vínculos entre madre e hijo que de otro modo no pueden crearse, y sin el cual, no cabe un desarrollo óptimo a lo largo de la vida. Por ello el dolor es una experiencia que produce placer y que se denomina “*vivencia intensa*”. El objetivo último del dolor es la conexión, la relación y el vínculo con los hijos a través de prácticas que, en este discurso, son etiquetadas como naturales. Sin las aportaciones del cuerpo en forma de dolor y de lactancia prolongada, no cabe una conexión con la naturaleza, sin ellas no es posible desempeñar unas prácticas maternas de calidad.

y dije, bueno a ver si tengo más conexión con la nena, voy a tener mi parto más natural (parto vaginal y sin anestesia epidural) (GD6).

mis procesos de embarazo yo he sentido mucho placer en el embarazo, yo quería ser madre y yo estaba en mi pompa [sonrisas] y mucho placer, sensorial, mucho, mucho y el parto más placentero” (GD6)

CONCLUSIONES

El dolor del parto es algo más que una sensación que resulta de un acontecimiento biológico. Se trata más bien de una interpretación particular de cada mujer conformada por sus respectivas subjetividades. Tiene, asimismo, una dimensión social dado que se le atribuye un sentido compartido que guarda relación con el tipo de maternidad con el que se identifica cada mujer.

El dolor es un medio para obtener capital simbólico en el campo de la maternidad. Las mujeres tradicionales y postmodernas obtienen capital simbólico a través de la experiencia del dolor porque ser una buena madre se asocia con el sufrimiento y la tradición y con la naturaleza, respectivamente. El capital simbólico en las mujeres modernas procede fundamentalmente de la lactancia, puesto que el dolor del parto no se considera útil ni necesario para ejercer una buena maternidad ni para establecer un vínculo emocional con los hijos. Por esto, el dolor es una realidad inseparable del contexto y de las condiciones sociales en las que se produce, se le atribuye sentido en función de los diferentes marcos de interpretación.

En ocasiones los discursos de las mujeres no se traducen en prácticas consecuentes. Suele ocurrir que cuando la identidad social de las mujeres está afianzada, es sólida, la coherencia es mayor, mientras que, si esa identidad es más frágil, las mujeres son más vulnerables al impacto de la situación. También ocurre que después del parto se elabore un discurso contrario a la acción, por ejemplo: mujeres que critican el uso de anestesia, a pesar de haberla utilizado. En este caso, podríamos pensar que tratan de presentarse como buenas madres, rechazando una práctica que no es propia de tal en su habitus particular.

El análisis del dolor en el parto nos conduce a varias implicaciones. La primera es que parte de las mujeres, sobre todo las de tipo tradicional, siguen enfrentando el parto sobre la base de conocimientos estereotipados, circulantes en sus entornos, que las conducen en ocasiones a prácticas contraproducentes o a experiencias de alienación respecto al proceso de parto.

La segunda es que existe un acceso diferencial a los recursos públicos. Las mujeres pueden utilizar anestesia en el parto si lo desean, excepto que alguna condición médica lo impida. Sin embargo, la decisión sobre el uso de la anestesia parece basarse, no tanto en una información de suficiente calidad, como en creencias, en ocasiones erróneas, cuya base es un conocimiento común más o menos compartido.

La tercera es que, a pesar de las diferencias entre los contextos sociales, la norma principal que las mujeres tienen que cumplir para ser buenas madres es sentir dolor a través de las prácticas sociales relacionadas con la reproducción, ya sea a través de la lactancia, a través de un parto doloroso o a través del dolor transformado en una experiencia placentera, procediendo estos mandatos de las normas sociales, de los discursos circulantes, del entorno al que pertenecen las mujeres y de los medios de comunicación, todos ellos reflejados en los discursos de las mujeres andaluzas. En definitiva, el dolor y el sufrimiento que experimentan las mujeres en las prácticas de la maternidad actúan como un estándar de su valor social.

AGRADECIMIENTOS

Este artículo ha sido posible gracias a la financiación obtenida en la convocatoria 2018 de proyectos de I+D+i “retos de investigación” del **Programa Estatal de I+D+i Orientada a Retos de la Sociedad**, en el marco del Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2017-2020. Ref. RTI-2018-099483-B-100.

REFERENCIAS

- Abril, P., Amigot, P., Botía, C., Domínguez-Folgueras, M., González, M. J., Jurado-Guerrero, T., Lapuerta, I., Martín-García, T., Monferrer, J., Seiz, M. (abril-junio de 2013). Ideales igualitarios y planes tradicionales: análisis de parejas primerizas en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*(150), 3-22. <http://doi.org/10.5477/cis/reis.150.3>
- Aguilar Fleitas, B. (2016). Dolor y sufrimiento en medicina. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 31(1), 10-14. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202016000100005&lng=es&nrm=iso
- Alzard, D. (2019). La buena madre: discursos y prácticas neoliberales. *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas*, 4(1), 265-294. <http://doi.org/10.17979/arief.2019.4.1.4336>
- Badinter, E. (1981). *The Myth of Motherhood: An Historical View of the Maternal Instinct*. London: Souvenir Press (E & A).
- Bauman, Z. (2005). *Amor Líquido*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2005). *Modernidad y ambivalencia*. Madrid: Anthropos Editorial.
- Bendelow, G. (2006). Pain, suffering and risk. *Health, Risk & Society*, 8(1), 59-70. <https://doi.org/10.1080/13698570500532298>
- Bendelow, G. (junio de 1993). Pain perceptions, emotions and gender. *Sociology of Health & Illness*, 15(3), 273-294. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10490526>
- Bendelow, G., & Williams, S. J., (marzo de 1995). Transcending the dualisms: toward a sociology of pain. *Sociology of Health & Illness*, 17(2), 139-165. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1995.tb00479.x>
- Biedma-Velázquez, L., García-De Diego, J. M., y Serrano del Rosal, R. (2010). Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: "la buena sufridora". *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(1), 3-15. [http://doi.org/10.1016/S1134-8046\(10\)70002-1](http://doi.org/10.1016/S1134-8046(10)70002-1)

- Bodice, R. (2017). *Pain. A very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2000). *Cosas Dichas*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Argentina: Siglo XXI.
- Bourdieu, P., y Wacquant, L. (2005). *Por una Sociología Reflexiva*. Argentina: Siglo XXI editores.
- Callejo, J. (1998). Los límites de la formalización de las prácticas cualitativas de investigación social: la situación. *Sociológica*, (3), 93-120. <http://hdl.handle.net/2183/2707>
- Canales, M., y Peinado, A. (1999). Grupos de Discusión. En J. Gutiérrez, y J. M. Delgado (Edits.), *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales* (pp. 287-316). Madrid: Síntesis.
- Castilla, M. V. (2009). Individualización, dilemas de la maternidad y desarrollo laboral: continuidades y cambios. *Intersecciones en Antropología*, 10(2), 343-358. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179516759011>
- Ciccia, R., & Verloo, M. (2012). Parental leave regulations and the persistence of the male breadwinner model: Using fuzzy-set ideal type analysis to assess gender equality in an enlarged Europe. *Journal of European Social Policy*, 22(5), 507-528. <https://doi.org/10.1177/0958928712456576>
- Cid, R. L. (2002). La Maternidad y la Figura de la Madre en la Roma Antigua. En: A. Blanco, et al. (Coords.), *Nuevas Visiones de la Maternidad* (pp. 11-50). León: Universidad de León.
- Clarke, D. M. (1986). *La filosofía de la ciencia de Descartes*. Madrid: Alianza Universidad.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192001233>
- Dahlke, L. J. (2009). Essays on childbirth: the why and how. *Women's Studies*, 38(5), 577-596. <https://doi.org/10.1080/00497870902952932>
- De Miguel Á. A. (2015). *Neoliberalismo Sexual: el Mito de la Libre Elección*. Madrid: Cátedra.
- Dema, S. (2005). Entre la Tradición y la Modernidad: las Parejas Españolas de Doble Ingreso. *Papers: revista de sociología*, 77, 135-155. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v77n0.934>
- Donath, O. (2016). *Madres arrepentidas: Una mirada radical a la maternidad y sus falacias sociales*. Barcelona: Penguin Random House.
- García-De Diego, J. M., Biedma-Velázquez, L., & Serrano-Del Rosal, R. (2015). Sociology of Labor Pain. En G. Capogna (Edit.), *Epidural Labor Analgesia* (pp. 39-47), London: Springer International Publishing.
- García-Rodríguez, M. I. (2014). *Situación del Proceso Desfamiliarizador en Andalucía en la Primera Década del Siglo XXI* (Tesis doctoral). Editorial de la Universidad de Granada. <https://hera.ugr.es/tesisugr/24034137.pdf>
- Garry, A. (2002). Medicine and Medicalization: a Response to Purdy. *Bioethics*, 15(3), 262-269. <http://doi.org/10.1111/1467-8519.00236>

- Good, B. J. (1994). *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gutman, L. (2006). *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Barcelona: Editorial del Nuevo Extremo. RBA. Integral.
- Hays, S. (1998). *Las Contradicciones Culturales de la Maternidad*. Barcelona: Paidós.
- Hernández Garre, J. M., y Echevarría Pérez, P. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del "paradigma tecnocrático". *Revista Internacional de Sociología*, 74(1), e025. <http://doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>
- Hernández Garre, J. M., Echevarría Pérez, P., y Gomariz Sandoval, M. J. (2016). La catarsis de los cuerpos grávidos. Experiencias de dolor y sufrimiento en el habitus del parto medicalizado. *Disparidades. Revista De Antropología*, 71(2), 487-507. <https://doi.org/10.3989/rdtp.2016.02.007>
- Ibáñez, M. (2008). La Bolsa Común en las Parejas: Algunos Significados y Algunas Trampas. *Papers: revista de Sociología*, 87, 161-185. <http://doi.org/10.5565/rev/papers/v8n0.794>
- Kaufman, A. (2005). La espiral hermenéutica. *Persona y Derecho*, (52), 405-410. <https://doi.org/10.15581/011.52.405-410>
- Kleinman, A, y Benson, P. (2004). La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. En *Monografías Humanitas n22, Dolor y Sufrimiento en la práctica clínica* (pp. 17-26). Barcelona: Fundación Médica y Humanidades Médicas.
- Landa, J. (2005). Tematización Retroactiva, Interacción e Interpretación: La Espiral Hermenéutica de Schleiermacher a Goffman. En T. Oñate, C. S. García, y M. A. Quintana Paz (Edits.), *Hans-Georg Gadamer. Ontología Estética y Hermenéutica* (pp. 680-687). Madrid: Dykinson.
- Lazarre, J. (2018). *El Nudo Materno*. Barcelona: Las afueras (ed. orig. 1976).
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Luhrmann, T. M. (2000). Of Two Minds: The Growing Disorder in American Psychiatry. *The New England Journal of Medicine*, 343, 1579. <http://doi.org/10.1056/NEJM200011233432119>
- Malacrida C., & Boulton T. (2012). Women's perceptions of childbirth "choices". Competing discourses of motherhood, sexuality, and selflessness. *Gender and Society*, 26(5), 748-772. <https://doi.org/10.1177/0891243212452630>
- Mansfield, B. (2008). The social nature of natural childbirth. *Social Science & Medicine*, 66(5), 1084-1094. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.025>
- Martín Criado, E. (2004). El valor de la buena madre. Oficio de ama de casa. Alimentación y salud entre las mujeres de clases populares. *Revista Española de Sociología*, (4), 93-118. <https://recyt.fecyt.es/index.php/res/article/view/64944>
- Martín Criado, E. (1997). El grupo de discusión como situación social. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, (79), 81-112. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/760090.pdf>
- Martín Criado, E. (2008). El Concepto de campo como herramienta metodológica. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, (123), 11-33.

- Medina Bravo, P., Figueras-Maz, M., y Gómez-Puertas, L. (2014). El ideal de madre en el siglo XXI. La representación de la maternidad en las revistas de familia. *Estudios Sobre El Mensaje Periodístico*, 20(1), 487-504. https://doi.org/10.5209/rev_ESMP.2014.v20.n1.45244
- Melzack, R., & Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: A New Theory. *Science*, 150(3699) 423-443. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971>
- Ministerio de Sanidad (2020). *Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios*, 2010-2018. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf
- Mishler, H. (1984). *The Discourse of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Moscoso, J. (2011). *Historia cultural del dolor*. Madrid: Taurus.
- Moscoso, J. (2013). El dolor crónico en la historia. *Revista de Estudios Sociales*, (47), 170-176. <http://doi.org/10.7440/res47.2013.13>
- Núñez, P. (2014). Experiencias en torno al dolor en el parto hospitalario: una aproximación antropológica. *Matronas profesión*, 5(2), 43-49.
- Oakley, A. (1984). *Taking it like a Woman*. London: Fontana.
- Odent, M. (2011). *El nacimiento en la era de plástico*. Tenerife: Ob Stare
- Organización Mundial de Salud [OMS]. (1996). *Cuidados en el Parto Normal: una Guía Práctica*. Ginebra. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Recuperado el 27 de noviembre de 2019, de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf>
- Organización Mundial de Salud [OMS]. (2018): Recomendaciones de la OMS para los Cuidados durante el Parto, para una Experiencia de Parto Positiva. Resumen de Orientación, WHO/RHR/18.12. Recuperado el 27 de noviembre de 2019, de sitio web de Organización Mundial de Salud [OMS]: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
- Porta, M. (2010). El sufrimiento del dolor: cuerpo, ser y sociedad. *Gaceta Sanitaria*, 24(3), 263-264. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.01.013>
- Rich, A. (1986). *Nacemos de Mujer: la Maternidad como Experiencia e Institución*. Madrid: Cátedra.
- Riessman, C.K. (1983). Women and medicalization: a new perspective. *Social policy*, 14(1), 3-18.
- Rodríguez, M. J., y Navarro, C. (2008). El Esfuerzo Público de Desfamiliarización. Propuesta de Medición y Análisis Descriptivo para la Unión Europea (1970-1999). *Papers: revista de sociología*, 77, 135-155. <http://doi.org/10.5565/rev/papers/v90n0.735>
- Sawicki, J. (1999). Disciplining mothers: Feminism and the new reproductive technologies. In J. Price & M. Shildrick (Eds.), *Feminist theory and the body: A reader* (pp. 190-202). New York: Routledge.
- Serrano, M. M. (2013). Diseño científico de muestras estructurales. En *Investigar la Comunicación hoy. Revisión de políticas científicas y aportaciones metodológicas: Simposio Internacional sobre Política Científica en Comunicación* (pp. 841-856). Facultad de Ciencias Sociales, Jurídicas y de la Comunicación.

- Solé, C., y Parella, S. (2008). «Nuevas» expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales «exitosas». *Revista Española De Sociología*, (4). <https://recyt.fecyt.es/index.php/res/article/view/64943>
- Taylor-Gooby, P. (2004). *New Risks, Welfare: the Transformation of the European Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- Vargas, J. J., Vélez, M. C., y Krikorian, A. (2008). Aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales del sufrimiento. *Psicooncología*, 5(2-3), 245-255. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220245A>
- Weber, M. (1982). *Ensayos sobre Metodología Sociológica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Woo, CW., Schmidt, L., Krishnan, A., Jepma, M., Roy, M., Lindquist, M., Atlas, L., Wager, T. (2017). Quantifying cerebral contributions to pain beyond nociception. *Nature communications*, 8, 14211. <https://doi.org/10.1038/ncomms14211>
- Zola, I. K. (1972). "Medicine as an Institution of Social Control". *The Sociological Review*, 20(4), 487-504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>

NOTA BIOGRÁFICA

María Isabel García Rodríguez trabaja como técnico de investigación en el IESA. Es Doctora en Sociología, por la Universidad de Granada y especialista universitaria en diseño y tratamiento de encuestas y sondeos de opinión, experta universitaria en investigación cualitativa de opinión, y experta universitaria en inclusión y exclusión social.

Desde 1997 trabaja en el Instituto de Estudios Sociales de Andalucía (IESA/CSIC). Ha participado en diferentes proyectos de Sociología en ámbitos como la evaluación de políticas públicas, pobreza y exclusión social, estado del bienestar y desfamilización y salud. Entre 1997 y 2000 fue becaria del proyecto "Evaluación del II Plan de Igualdad de género en Andalucía" Entre 2000 y 2006 fue Técnico Superior de Organismos Públicos de Investigación y desde 2007 es funcionaria de carrera.

En los últimos años desarrolla su labor en proyectos de investigación relacionados con el dolor y con la percepción social del mismo.

Lourdes Biedma Velázquez trabaja como técnico de investigación en el IESA. Es licenciada en CC. Políticas y Sociología, especialidad Sociología por la Universidad de Granada y especialista universitaria en diseño y tratamiento de encuestas y sondeos de opinión.

Desde 2003 trabaja en el Instituto de Estudios Sociales de Andalucía (IESA/CSIC) en diversos proyectos del ámbito de la Sociología de la Salud y la Evaluación de Políticas Públicas, coordinando el proyecto "Opinión y nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios prestados por el Servicio Andaluz de Salud" hasta el año 2012. En el año 2009 se convierte en Personal Funcionario de Carrera con la categoría profesional de Técnico Superior de I+D+I.

En los últimos años se ha interesado por el estudio del dolor desde distintas perspectivas, publicando diversos artículos sobre este tema.

Rafael Serrano-del-Rosal es Investigador Científico del IESA-CSIC y Doctor en Ciencias Políticas y Sociología -Sociología- (Universidad de Granada, 1999). Su trabajo se ha centrado en tres ámbitos de investigación: A) diseño, análisis y evaluación de políticas públicas, B) bienestar subjetivo y satisfacción y C) sociología de la salud. Actualmente es director del IESA-CSIC, responsable del grupo de investigación: "Identidad social, Bienestar subjetivo y Comportamiento Humano" y presidente de la Red de Investigación sobre el final de la Vida. Ha sido vocal asesor de la Comisión de Área de Humanidades y CCSS del CSIC, y vicepresidente de la Asociación Andaluza de Sociología. Es miembro del Consejo de Redacción de la Revista Internacional de Sociología y así como revisor habitual de diferentes revistas nacionales e internacionales. Ha impartido docencia en diferentes Máster y Cursos de especialización en Universidades como Jaén, Complutense de Madrid, Pablo de Olavide, Sevilla o la Internacional de Andalucía; e instituciones especializadas como la Escuela Andaluza de Salud Pública o el Instituto Andaluz de Administración Pública.