

# EMOCIONES ANTE LA PATERNIDAD: SOCIALIZANDO A LOS HOMBRES

Maribel Blázquez Rodríguez<sup>1</sup>

## Resumen

Desde las primeras conferencias internacionales de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo y las conferencias internacionales de las Mujeres se ha ido fundamentando el marco ideológico y normativo que convoca a la participación de los hombres en la gestación, el parto y el nacimiento de sus hijos e hijas. En nuestro contexto correspondiente al Estado español esto se concreta en políticas como la Ley de Igualdad Efectiva entre Hombres y Mujeres y la Estrategia para la Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo, ambas de 2007.

Estas políticas se traducen en diferentes programas asistenciales en los que se intenta transmitir a los hombres y a sus parejas las emociones y sentimientos adecuados desde los que vivir el nacimiento y cuidado de sus vástagos. Este modelaje emocional se plantea como una oportunidad tanto para los hombres, pues así pueden iniciarse tempranamente en la paternidad; como para las mujeres, ya que se indica el impacto positivo que tiene la actitud adecuada de su pareja sobre su salud, y así sobre su embarazo y parto, como especialmente para el óptimo desarrollo de las criaturas, antes y después del nacimiento.

La investigación en que se apoyan estas conclusiones es una etnografía de la atención que se presta a las mujeres, desde el embarazo hasta el posparto, en los servicios sanitarios públicos de Madrid durante el periodo 2005-2008. Para ello se realizaron entrevistas abiertas en profundidad a 16 mujeres, 5 hombres y 22 profesionales; se mantuvo una observación participante en diferentes espacios sanitarios y se realizó un análisis de diferentes fuentes documentales.

Mi interés en esta comunicación es hacer visible el lugar que ocupan ciertas emociones en la construcción de la paternidad y concretamente cierta forma de enunciación de las mismas. Entiendo que estos fenómenos, las emociones y sentimientos, son un vehículo de expresión y transmisión de contenidos socioculturales. Se deben, por tanto, a un sistema de ideas, creencias y valores morales, culturalmente contruidos. Los hombres gestionan y expresan diferentes emociones, algunas como respuesta a las pautas que reciben del sistema sanitario, como por ejemplo: el amor, el deseo y la alegría; que podríamos decir que se corresponden con los modelos e ideales sobre cómo vivir y expresar la paternidad, y que son considerados los mejores indicadores de las vivencias de los padres, del deseo de paternidad e incluso del tipo de relación de pareja y del buen acompañamiento a sus mujeres.

Sin embargo, otros hombres muestran emociones así como modos de manifestarlas diferentes. Sus reacciones no sólo derivan de su personalidad, sino también de la diversidad de experiencias que han tenido y las circunstancias en que se encuentran. Los distintos modelos de paternidad que pueden registrarse muestran el carácter construido de las emociones y la manera en que los hombres se van socializando durante el proceso de gestación y nacimiento. En resumen, que los padres y los hombres no nacen, sino que se hacen.

**Palabras claves:** emociones, paternidad, socialización, hombres.

## 1. Introducción

Considero como punto de partida la reflexión de Juan Antonio Flores sobre «la doble cualidad de la emoción: culturalmente pautada e individualmente interiorizada» (2010:12). La primera parte de este trabajo abordará el tratamiento cultural que se le ha dado al sentimiento de la paternidad en el contexto español, y que se encuentra plasmado en diferentes normativas y políticas habidas desde los años 90, y que podríamos considerar que culminan en la aprobación del permiso de paternidad retribuido. Esta revisión de la paternidad trata de fijarse en los contenidos concretos que participan en su construcción, y que implican una determinada ordenación de las emociones. En una segunda parte, se muestran algunos datos acerca de las emociones de los hombres, los que se manifiestan en sus propios discursos como los de sus mujeres y las profesionales sanitarias que las atienden; a ello se añaden observaciones recogidas en la atención sanitaria al proceso de maternidad y de paternidad.

Esta investigación fue realizada en la Comunidad Autónoma de Madrid durante el periodo 2005-2008 (Blázquez, 2010). Las técnicas empleadas han sido: la observación participante, las entrevistas y el análisis documental. La observación se

<sup>1</sup> Maribel Blázquez Rodríguez. Dpto. Antropología Social (despacho 1214). Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. 28223 Pozuelo de Alarcón, Madrid (Spain). Tel. (+34) 913942687 Fax. (+34) 913942752. miblazquez@cps.ucm.es

ha desarrollado en la atención sanitaria que se presta a las mujeres desde el embarazo hasta el posparto en los servicios sanitarios públicos. Las entrevistas, abiertas y en profundidad, fueron realizadas a 16 mujeres, 22 profesionales y cinco varones. En la siguiente tabla muestro algunos datos socio-demográficos de la población masculina entrevistada:

**Tabla 1. Entrevistas a hombres**

Nombre ficticio	Edad	Nombre pareja	Nº embarazo e hijos/as
Ángel	30-35 años	Pareja de Sara	1.º embarazo
Raúl	34 años	Pareja de Virginia	No hijos
Óscar	35-40 años	Pareja de Carmen	1 hija
Paco	25-30 años	Pareja de Leticia	1 hija
Fernando	37 años	Pareja de Rosa	1 hija

Por último, el análisis documental, ha ido dirigido a la revisión de los documentos generados y utilizados en los centros de observación: normativas sanitarias, programas, protocolos, etc., y otras publicaciones de organizaciones profesionales y expertos en torno al nacimiento.

La perspectiva desde la que he realizado mi investigación es la que ofrece la antropología social. Este enfoque se distancia de aquellas propuestas que describen las emociones como procesos meramente biológicos; para esta disciplina en la que me incluyo, por el contrario, las emociones son efecto de relaciones sociales que se constituyen a su vez mediante pautas y convenciones cambiantes en el tiempo y en el espacio. Por tanto, creo que son las condiciones sociales las que determinan tanto las emociones como los sentimientos de los individuos.

Respecto a estos dos términos: «sentimientos» y «emociones», aquí asumo la posición de David Le Breton (1999:9-10); para él no existe distinción entre ambos conceptos, desde el momento en que son igualmente vehículos de expresión y transmisión de contenidos sociopolíticos. Asimismo coincido con la tesis de Catherine Lutz y Lila Abu-Lughod (1990), para quienes la clasificación misma de sentimientos y emociones constituye una forma del poder de género, por cuanto se distingue e identifica lo femenino de una manera determinada. A mi vez, quiero plantear la hipótesis de que también las emociones de los hombres se configuran en el seno de un orden de género. En efecto, a menudo se parte del supuesto de que el varón no experimenta ciertos sentimientos; de esta manera ha pasado desapercibido el hecho de que la verdadera ocultación y anulación de ciertas emociones es ya en sí una endoculturación emocional. Resulta ya, por ello mismo, un mecanismo de control que los obliga a interiorizar, someterse y reproducir ese modelo de varón falto de emotividad. Pero, además, tal patrón provoca diferencias y desigualdades; desde luego entre hombres y mujeres —ellos de naturaleza insensible frente a la emoción o sensibilidad de ellas—; pero también entre los propios hombres, haciendo creer que existen dos grupos: los que cumplen con el modelo de carencia emotiva (y, en consecuencia, afirman su preeminencia) y los que no, por ser más sensibles (emocionales), acaso asimilables a lo «femenino».

En este punto, quiero sugerir una visión diferente de la que habitualmente se plantea sobre la emotividad de los hombres: el «entrenamiento emocional» que estos reciben no es simple, sino que tiene un doble objeto: por un lado, la ocultación de ciertas emociones, al mismo tiempo que se promueve su manifestación de otras. Me sitúo en consonancia con Michel Kaufman que, al igual que otros estudiosos, define la masculinidad como el proceso a través del cual los hombres llegan a suprimir toda una gama de emociones, necesidades y posibilidades, por ejemplo: el placer de cuidar de otros, la receptividad, la empatía y la comprensión, en cuanto que son experimentadas como inconsistentes con el modelo de poder masculino. Sin embargo, tales emociones *sí existen*, sólo que son frenadas, reprimidas e incluso eliminadas por cuanto «podrían restringir nuestra capacidad y deseo de autocontrol o de dominio sobre los seres que nos rodean...» (1997:70). Encontraríamos en esta estrategia la razón de que los varones se rodeen de una «dura coraza», la que les garantiza la consecución y conservación del control.

Por último, veremos cómo este proceso de construcción de la masculinidad, a diferencia de otros tiempos en que se realizaba desde el conjunto de la sociedad, hoy se ha convertido en un objetivo político que se ha dejado, concretamente, en manos de las políticas sanitarias.

## 2. Políticas sobre la participación de los hombres en la paternidad

En el ámbito mundial, desde la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo de 1994, como al año siguiente en la IV Conferencia Internacional de las Mujeres de Pekín y en otros acuerdos de organizaciones globales como UNICEF (1998), se indica la necesidad de desarrollar estrategias para la participación de los hombres en la paternidad. Los argumentos que se esgrimen son los siguientes: i) la des-responsabilización de los hombres en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, ii) los beneficios para salud de las mujeres, los hijos/as y los propios hombres derivados de su participación; iii) el desarrollo de nuevos modelos de masculinidad basados en la comunicación.

En cuanto al entorno nacional, encontramos también afirmaciones en ese sentido. La Ley de Igualdad de 2007 alude a la participación de los hombres, instando a: «la corresponsabilidad en las labores domésticas y en la atención a la familia» (apartado octavo, artículo 14). Para paliar la desigualdad que supone la falta de participación masculina en estos procesos,

esta Ley establece la baja por paternidad para los hombres en el área de igualdad y conciliación: «*se reconoce a los padres el derecho a un permiso y una prestación por paternidad, en los términos previstos en la normativa laboral y de Seguridad Social*» (apartado tercero, artículo 44).

En otros documentos que guían la asistencia sanitaria, por ejemplo en la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad, aprobada en el mismo año 2007; se define a los hombres como participantes directos en la reproducción y, por tanto, también como destinatarios de la atención médica. Esta equiparación se produce cuando se habla de madres y padres en tanto igualmente responsables de la criatura. De esta manera, el papel de los hombres queda inscrito no sólo como un derecho sino como un deber.

En otro lugar he nombrado estas normativas «protocolos emocionales» (2010:84) en el sentido de que indican no sólo cómo debe ser la asistencia a las mujeres y sus acompañantes o parejas en el periodo comprendido desde el embarazo hasta su recuperación tras el parto; sino que además establece *a la manera de una norma* cómo deberían ser las vivencias de los hombres y las mujeres de hoy en torno al nacimiento. Esto se constata en muchas declaraciones contenidas en guías y protocolos, así como en los consejos y prácticas de los profesionales de ginecología, tocología y pediatría.

Otros colectivos han impulsado también este discurso. Por ejemplo, el movimiento de Hombres por la Igualdad señala que, aun cuando existe una diferenciación biológica por la que el cuerpo embarazado sea el de la mujer, el hombre es a su vez responsable del embarazo, de modo que su participación se amplía más allá de la crianza y el cuidado de las y los hijos<sup>2</sup>. En consecuencia, puede afirmarse: «*las mujeres se embarazan por los hombres*» (Lozoya, 2000). Esto significa que los hombres deben asumir las consecuencias de actos suyos que implican directamente a otros en sus cuerpos. Habría, por tanto, que realizar una doble operación de desmontaje: por un lado, de las diferencias socioculturales tradicionales de género, que impiden nuevas formas de masculinidad centradas en los cuidados, la responsabilidad, la comunicación y la igualdad en la pareja, y que mantienen la división sexual del trabajo; y, por otro lado, de las relaciones de poder y los privilegios detentados por los hombres, en que se sustenta su falta de implicación en esta área reproductiva que, al delegarse en las mujeres, reproduce la desigualdad. En 2007 se creó la Plataforma por los Permisos Iguales e Intransferibles de Nacimiento y Adopción<sup>3</sup>, formada por grupos de mujeres feministas que reclamaban que las bajas por maternidad y paternidad se concedieran en igualdad de condiciones para ambos sexos. La situación actual es que las mujeres tienen derecho a 16 semanas y los hombres a 15 días. Aunque el permiso de maternidad puede ser transferido a los varones a partir de las cuatro semanas, no existe un permiso igual en tiempo que sea exclusivo e intransferible para estos. Su reclamación se apoya en que esta desigualdad entre los permisos de maternidad y paternidad refleja la concepción de que son las mujeres las que deben ocuparse prioritariamente del cuidado de los y las niños/niñas. Utilizan las consignas «*¡No privemos a los bebés del cuidado de sus papás!*», «*¡Derechos iguales, permisos iguales!*», para recordar el derecho de las criaturas al cuidado de ambos y los beneficios que esto supondría para ellas.

En síntesis, y como muestra este breve recorrido que he apuntado, durante los últimos veinte años se ha venido elaborando una nueva «cultura emocional». Esta, que ya fue planteada por la socióloga Arlie Russell Hochschild (1983), consiste en el establecimiento de una serie de pautas socialmente deseables que guíen la acción humana en el proceso de paternidad, y en las que se incluye la expresión de determinadas emociones acordes con este posicionamiento sobre el parentesco (Blázquez y Montes, 2010). Dichas pautas definen que la experiencia de la paternidad ha de contar con tres condiciones indisolublemente unidas: la responsabilidad, la participación y la comunicación con su pareja y sus hijas e hijos.

Este marco esbozado, que alienta la construcción de otro modelo de paternidad, es ejecutado, entre otros agentes, por la institución sanitaria, a la que nos aproximaremos en el siguiente apartado.

### 3. Modelando a los hombres en la paternidad

Hemos visto como a lo largo de la atención sanitaria al embarazo, parto y posparto se va endoculturando a los hombres en una concreta cultura de la paternidad. Esta cultura no sólo indica cómo deben vivir su experiencia de ser padres, sino también desde qué deseos y emociones han de hacerlo, y cómo estos deben ser mostrados públicamente. Para corroborarlo, señalaré un par de situaciones para cada uno de los momentos de este proceso. En cada uno, alternaré discursos de los propios hombres, de sus acompañantes, de profesionales sanitarias y mis propios registros de observación. Con todo ello obtendremos una considerable heterogeneidad que dibuja el amplio panorama de las emociones vividas, así como la diversidad de respuestas que los hombres y sus acompañantes manifiestan de ellas. Las emociones, aquí, surgen como uno de los soportes que reflejan las anteriores condiciones de la paternidad: la comunicación, la responsabilidad y la participación; veámoslo.

#### En el embarazo: «creando el vínculo con el bebé»

En la primera consulta del embarazo que ofrece el servicio de ginecología, se realiza una ecografía del vientre de la mujer con el fin de comprobar que realmente existe un embrión y su estado. Cuando la ginecóloga termina su análisis, gira la

<sup>2</sup> Información sobre la historia de estos grupos de hombres por la igualdad, sus planteamientos sobre la paternidad, la masculinidad, la salud sexual y reproductiva, puede ser consultada en [www.hombresporlaigualdad.com](http://www.hombresporlaigualdad.com)

<sup>3</sup> Su página web es: [www.igualeseintransferibles.com](http://www.igualeseintransferibles.com)

pantalla y les indica a la pareja: «Este es vuestro hijo». La visión de esa imagen desencadena una enorme diversidad de respuestas, para cuya lectura e interpretación la prosodia y la kinesia resultan elementos clave. Unas veces, surge de manera espontánea entre la mujer y el hombre un diálogo que se inician con expresiones exclamativas del tipo: «¡Mira, nuestro hijo!»; en otros casos afloran las lágrimas o se llora abiertamente; en ocasiones, los rostros exhiben una franca sonrisa o un enorme júbilo, o muestran más bien asombro, sorpresa; algunos se quedan simplemente en silencio y es difícil valorar sus sentimientos.

A muchas parejas se les entrega una copia de esta ecografía, como la primera fotografía de su bebé. Se trata de un momento crucial para ambos. En particular a los padres, se los invita con esa imagen a iniciar un vínculo que dote de realidad a esa criatura no nacida, aún embrión, en especial porque ellos no viven en su cuerpo los cambios que experimenta la mujer por el embarazo. Un ejemplo de reacción ante la foto de la ecografía es la de Raúl, que decía: «La mandé a toda la familia, la pusimos en la nevera, en el móvil. Me parecía mentira que eso fuera nuestro hijo. Me quedaba mirándolo mucho» (34 años, no hijos/as).

Al inicio de la maternidad-paternidad, la alegría, la satisfacción o el llanto son las emociones que nuestra sociedad espera que muestren mujeres y hombres. Quienes no las expresen serán objeto de preguntas por parte de la enfermera o la ginecóloga: «¿No estáis contentos?». En función de la respuesta, el sistema sanitario indagará en el deseo del embarazo y, por tanto, de la maternidad-paternidad. Otras reacciones como la sorpresa, la indiferencia o la tristeza servirán de alarma para el profesional; este sospechará que el embarazo es no deseado y sentirá cierta desconfianza del tipo de pareja que forman y la relación que mantengan. Si a ese datos se añadieran otros como, por ejemplo, tratarse de una pareja joven, de inmigrantes, de clase social baja, de mujeres solas, advertir el consumo de drogas como alcohol, tabaco, antidepresivos u otras, entonces se tomaría nota de esta respuesta en la historia clínica, y si, en sucesivas consultas, aparecieran estos u otros datos, se aumentaría el seguimiento sanitario del embarazo, con el fin de comprobar que transcurre en las mejores condiciones para garantizar el nacimiento de un nuevo individuo.

La expresión de ciertas emociones como la alegría –la más representativa– será la constatación de la creación del vínculo con el bebé y, por ello mismo, del inicio de la vivencia de la paternidad. Esta emoción ocupará el lugar central en relación con otras ideologías como la presunta libre elección de tener hijos, el alto valor de los mismos y la exaltación de la maternidad –y por extensión de la paternidad– en sociedades con bajas tasas de natalidad, como la nuestra u otras consideraciones.

### **En el embarazo: «creando el vínculo con la atención sanitaria»**

1358

Los cursos grupales de atención al embarazo y preparación al parto tienen una duración de ocho sesiones, lo que permite establecer una relación más próxima de la matrona con las mujeres asistentes y sus parejas, y también la que viven entre sí los miembros de la pareja. Aun cuando varíen los contenidos de estas sesiones, la mayoría siguen una metodología similar: la presentación de un tema y un tiempo dedicado al diálogo y la resolución de dudas. Este espacio de observación es fundamental para descubrir algunas de las preocupaciones de los hombres y las mujeres y darles una adecuada orientación profesional.

Un grupo objeto de mi estudio, que nos puede servir de ejemplo del desarrollo de estos cursos, estaba constituido por doce mujeres, de las que alrededor de ocho solían acudir acompañadas por sus parejas. Uno de los temas tratados fue el miedo; la matrona les propuso que hicieran una lluvia de ideas sobre sus causas y las formas de afrontarlo. Después la matrona les planteó que el miedo es una respuesta natural ante lo desconocido, en concreto ante las visiones negativas o inquietantes sobre el parto y la crianza. Se señaló que las reacciones de temor eran más frecuentes en los hombres, pues se encontraban alejados del proceso y no habían sido preparados para él. «Pero, ahora esto ha cambiado. Tenemos que abordar el miedo porque produce tensión y dolor. Es un círculo que se retroalimenta» (Marta, matrona, 35 años, no madre). No obstante, en esa sesión se les indicó que el miedo está también presente en las mujeres; y se insistió en que era una emoción inadecuada. Entre las propuestas para mitigarlo se plantearon: el visionado de documentales sobre el parto, la transmisión y el debate de información sanitaria, la resolución de dudas... técnicas que descansan en una visión cognitiva acerca del cambio humano, habituales en los procesos educativos del ámbito sanitario, y cuyos resultados son sorprendentes cuando se utilizan para abordar cuestiones de naturaleza emocional. La matrona insistió en que había que «rebajar» el miedo, pues no ayuda nada en el parto e incluso crea desconfianza hacia los profesionales. Enfatizó que debían enfrentarse a él unas y otros; pero sobre todo estos: «la pareja tiene que ser el soporte emocional, empático con la mujer, eso la matrona y el personal sanitario no lo pueden dar. Y, por eso, la persona que esté con vosotras tiene que estar más preparada, por si vosotras os perdéis, que os dirija». Estas alusiones provocaron gestos en algunos hombres: tocar la mano de su pareja o su tripa, mirarla... como respuesta de que esas expectativas propuestas ya estaban en su mente.

La evitación por parte del hombre de emociones como el miedo, el estrés, la inseguridad o la desconfianza, se presentan como la garantía de que cumplirá con su rol de apoyo y acompañamiento de su pareja llegado el momento del parto, incluso de colaboración con el equipo sanitario: «Lo mejor es que la mujer le haga caso a la matrona y el marido que la apoye. Además, son órdenes, y si lo digo así es que hay que cumplirlas. Es por vuestro bien [...]. Ellos tienen que estar incluso más formados si luego, en el paritorio, cuando os descontroléis por el dolor, la pareja es quien tiene que dirigir con los profesionales; y tienes que hacer lo que te digan aunque tu pareja se tenga que poner duro para que lo hagas» (Marta, matrona, 35 años, no madre). En este discurso se deja entrever la visión dicotómica clásica entre los hombres y las mujeres

y sus cualidades respectivas: la razón de ellos, la emoción de ellas, que tantas críticas ha suscitado. Sin embargo, aquí, la recomendación para los hombres sirve para socializarlos dentro de la lógica sanitaria, donde prevalece la racionalidad y el quehacer profesional. Lo que se busca es crear un vínculo con los varones con el fin de que apoyen y acompañen eficazmente este proceso, aun cuando ello les suponga la inhibición de ciertas emociones.

Este recomendado control emocional, que aquí se concreta en reprimir el miedo, resultará no obstante contradictorio con lo que se les pide en otros momentos; así, por ejemplo, en el paritorio, el personal sanitario esperará que haya una mayor expresividad emocional por parte de los hombres.

### **Parto: el apoyo emocional a la pareja**

La presencia de los hombres en el paritorio se entiende que es una muestra de apoyo a sus parejas. En algunos documentos sanitarios como la Iniciativa del Parto Normal, de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) se establece que existen diferentes tipos de apoyo: físico, emocional e informacional (2008:66), que deben ser realizados tanto por las matronas y profesionales que atiendan a las mujeres como por sus parejas. No obstante, el apoyo emocional es el que queda específicamente asignado a los hombres y/o parejas acompañantes de las mujeres; es el rol que deben desempeñar con las embarazadas durante este periodo de asistencia sanitaria. En dicho documento se indica que este soporte emocional durante el parto debe traducirse en acciones concretas: permanecer al lado de la mujer, cogerle de la mano, hablarle con calidez; dando por sentado que estas pautas tienen que formar parte de los repertorios conductuales de todas las parejas. Las recomendaciones son de carácter universal, no reconocen la diversidad de significados que pueden tener para estos sujetos, ni su predisposición para realizarlas. Tampoco contemplan la variedad de acciones que cada hombre puede llevar a cabo para mostrar su implicación en el parto y con respecto a su pareja, ni cuáles son las necesidades que pueden tener las mujeres en ese momento, y que quizá no se correspondan con esos consejos: el tomarlas de la mano, por ejemplo.

En esta clase de documentos se abordan las emociones como un tipo de interacción entre los miembros de la pareja que, en este momento tan próximo al nacimiento del hijo, debe reflejar emociones como tranquilidad, paciencia o seguridad. Sin embargo, nuevamente la atención se centra en que el hombre sea el responsable de transmitir a la mujer esta forma de actuar, lo que hará mediante su presencia y sus gestos; y dando por hecho que, o bien tras los cursos de preparación recibidos, los hombres han incorporado estas acciones, o bien ellos ya las poseían.

Analizando los datos, encontramos que, salvo un pequeñísimo grupo de mujeres magrebíes, adolescentes y otras, cuya compañía es femenina, la mayoría de las mujeres son acompañadas por varones. Estos están al lado de sus mujeres y se encargan habitualmente de ser el contacto con la familia y las demás personas (atienden las llamadas del móvil, comunican las novedades, etc.), lo que les otorga una función clara, y favorece que las mujeres se sientan tranquilas, pues sus familiares están informados. Ellos habitualmente se ocupan de mirar y controlar el registro, los sueros, los aparatos a los que están conectadas las mujeres, y avisan a las profesionales si ocurre algo que no entienden o si surge algún problema. Entre los varones se observan diferentes comportamientos: hay quien participa dando ánimos a su mujer, hablándole de modo tranquilo; otros, en cambio, se preocupan más del apoyo físico favoreciendo el contacto, dándole masajes, haciendo las respiraciones con ellas, ayudándolas en cambios y movimientos posturales; otros, por último, permanecen a su lado, mirándola sin hacer nada: una conducta que no nos permite saber si es reflejo de prácticas masculinas más generales no socializadas en el apoyo y en el cuidado, o si es una muestra de la tranquilidad y paciencia esperadas que han sido entrenadas por los profesionales o, incluso, si son reacciones individuales. Con los datos que se recogen de la observación es difícil, desde luego, interpretar esta actitud.

Con todo, me parece relevante que, cuando se dan casos en que las mujeres o sus parejas muestran respuestas desaconsejadas como impaciencia, inquietud o incluso ira; es a los varones a quienes se exige la responsabilidad de modificar dichos comportamientos tanto en ellos mismos como en sus mujeres conforme a las pautas señaladas. En las mujeres, estas manifestaciones (a las que se pueden añadir el miedo, la ansiedad, etc.) se justifican por su estado; en los hombres, en cambio, no se consienten, se les recrimina por ello y pueden incluso ser sancionados (por ejemplo, se les advierte de la autoridad de los y las profesionales para obligarlos a salir de la habitación o el paritorio, y, así, privarles de la ocasión de estar presente en el nacimiento de su hijo/a y de acompañar a su pareja). Dicha autoridad o «poder» detentado por el personal sanitario no puede entenderse sin aludir al marco de la institución médica, que exige unas estrictas condiciones para el desarrollo de su trabajo, entre las que se incluye un determinado “ambiente” en el hospital.

Esta práctica hospitalaria tan extendida, y tal como han señalado a Arthur Kleinman y Peter Benson (2004:17), no tiene en cuenta la experiencia del «padecimiento o del sufrimiento» de la mujer y su acompañante; privilegia la conveniencia de la institución sanitaria y sus profesionales, mientras desatiende o excluye los sentimientos y respuestas de amenaza, vulnerabilidad, miedo, inseguridad, ansiedad, etc., que puede sentir la pareja ante el parto, ante la incertidumbre del resultado, etc., experiencias que dependen de la forma de ser y pensar propias de cada persona, pero que, desde luego, resultan dolorosas en diversa medida. Me parece interesante destacar también que, cuando en las entrevistas posteriores se retoma este tema –sus vivencias, el apoyo realizado y recibido...–, su narración de los hechos queda muy condicionada por el desenlace del proceso; es decir, los discursos son muy diferentes dependiendo de si la mujer y su criatura están

sanas y tienen algún problema o al contrario. De esta manera, podemos entender que la aparición de emociones definidas como «inadecuadas» por el personal sanitario, en algunos casos resultan ser el aviso o la advertencia de que algo no iba bien. Las emociones no son actos gratuitos, sino respuestas intuitivas de los individuos que conectan con ciertas creencias y visiones sobre el cuerpo como un instrumento con saber y sus conexiones con el entorno.

En definitiva, la función del varón en el acompañamiento de sus parejas durante el periodo de la gestación es un fenómeno de gran importancia. Por un lado, implica de un modo muy preciso el modelamiento de las vivencias de los hombres conforme a una cultura de la pareja y de la interacción sanitaria –lo que sucede en este caso obviando la enorme heterogeneidad de respuestas que se muestran o podrían mostrarse–. Pero, además, porque determinados estudios están valorando esa respuesta del varón como una variable con efecto directo en el resultado del parto. Así, un acompañamiento eficaz por parte de la pareja supone una menor demanda de anestesia, un menor número de partos vaginales instrumentales, así como un menor número de cesáreas, más partos vaginales espontáneos y el logro de una mayor satisfacción general (OSM-MSC, 2008:24,46-47; FAME, 2008:65-68)<sup>4</sup>.

### Embarazo y parto: emociones acalladas

Frente a un contexto como el presentado, que va más allá de lo sanitario, y que invita a las nuevas paternidades, basadas en un hombre responsable, cuidador, afectivo, tierno, que ha optado por vivir y disfrutar esta experiencia (Bonino, 2002), quisiera mostrar a continuación los datos de las experiencias de algunos de ellos, que resultan contradictorias con las anotadas. Los datos muestran más bien que en nuestra sociedad coexisten dos modelos de paternidad, uno más tradicional junto a otro emergente que no se ha impuesto del todo; y, además, que se da una cierta dualidad de patrones en los propios hombres.

Un ejemplo puede ser ilustrativo. Óscar, la pareja de Carmen, tenía muchas ganas de asistir al parto, por acompañar a su mujer y también por ver el nacimiento de su hija. Podríamos decir que Óscar es representativo de la tipología de nuevos padres. Sin embargo, en la entrevista mantenida con él, manifestó su inseguridad respecto a si sería capaz de hacerlo; comenta: «Al principio decía, ¡vaya película! Tener que estar allí con el parto, los médicos... ¡upf! No sabía si me iba a atrever y sí, no sé, luego cuando estaba allí, dije venga, y me gustó» (Óscar, 35-40 años, 1 hija). Su relato nos recuerda como para muchos hombres esta experiencia, lejos de provocar emociones agradables, les produce cierto rechazo y aversión. Otras mujeres también manifestaron estas vivencias en sus parejas; así, Cristina señaló que su marido ya en el anterior parto se había puesto malo nada más entrar en las urgencias: «Es algo superior a él, no puede controlarlo, los hospitales, la sangre... no puede. En casa tengo que guardar las compresas, aunque estén limpias, sólo verlas le producen arcadas» (Cristina, 30-35 años, trabaja en casa, segundo embarazo, 1 hijo). En la planta de puerperio también constaté que muchos hombres declaraban su miedo e inseguridad ante el bebé; estas emociones les creaban una relación de incomodidad con los profesionales sanitarios, pues estos constantemente les reclamaban que participasen en el cuidado de la criatura, lo que no conseguían hacer.

Algunos estudios (González de Chávez, 2001:99) revelan que el porcentaje de padres (especialmente «primipadres») que presentan sintomatologías somáticas alcanza hasta el 65% –coincidiendo con lo que manifiestan sus mujeres sobre ellos–; estos síntomas físicos incluyen problemas gastrointestinales: pérdida de apetito, náuseas, vómitos, dolores abdominales y notable aumento de peso en los últimos meses del embarazo de la mujer. Sus malestares les dificultan si no les impiden que se hagan cargo del cuidado, acompañamiento y apoyo de sus parejas; además, las coloca a ellas en la necesidad de tener que atenderlos a ellos a pesar de su situación. Tales fenómenos que he corroborado en mi estudio son evidentes; sin embargo, no se atribuyen a una causa clara ni se vinculan con el embarazo, el parto o la crianza. González de Chávez (2001:28) señala que todos estos conflictos carecen en nuestra cultura occidental de una representación, lo que agudiza la mencionada censura de la subjetividad paterna y la manifestación de sus emociones. Esta autora indica que dicha sintomatología se presenta especialmente en aquellos padres que no se muestran activos durante el embarazo y los preparativos para el nacimiento, ni asisten al parto. Excluidos por tanto del proceso, su única vía para la participación sería la vía psicósomática; su forma de expresarse y de intervenir en él es, precisamente, sus somatizaciones. Quizá podríamos añadir una visión sociológica como la que presenta Eduardo Bericat siguiendo a Kemper (2000:156); plantea que la ira y hostilidad son formas de extroyectar el miedo ante situaciones en las que se dispone de insuficiente poder; es decir, los hombres ante situaciones como el embarazo y el parto en los que han sido relegados históricamente, y aún hoy, disponen de un poder secundario, responden con formas de rebelión manifestadas en estas expresiones de ira, rechazo u hostilidad.

Me parece relevante señalar que, al contrario de las anteriores emociones, estas que expresan malestar sí que se consideran naturales, incontrolables e involuntarias. Se produce así una paradoja en la que caen tanto los propios hombres como sus mujeres y algunas profesionales: pues, al mismo tiempo que se les recomienda el control de las emociones, se admite que es imposible modificar sus conductas por juzgarlas «naturales». ¿A qué responden estas visiones? ¿Qué esconde la naturalización de ciertas respuestas? ¿La desvinculación con la paternidad no sería una manera de no querer abordar las vivencias (como éstas en forma de malestares) u otras durante la atención sanitaria?

<sup>4</sup> Este tipo de estudios se basan, nuevamente, en relacionar los efectos del apoyo y acompañamiento con aspectos clínicos y biológicos del proceso: como variable distintiva se introduce la satisfacción de la usuaria. Otros aspectos que también se valoran con el apoyo son los niveles de adrenalina, la contractibilidad del útero, el progreso del parto, la frecuencia cardíaca fetal y las puntuaciones del test de Apgar.

## Conclusiones

Este estudio a partir de casos concretos ha tratado de delinear algunas de las formas en las que hoy se está escribiendo y ejecutando un guión emocional para el comportamiento de los varones, más concretamente por parte del sistema sanitario; así como registrar las respuestas que plantean ciertos hombres, lo que conduce a diversos cuestionamientos y contradicciones.

Desde luego que los hombres tampoco nacen, sino que se hacen, parafraseando a Simone de Beauvoir. No responden a un patrón único, sino que conforman un grupo heterogéneo cuyas vivencias están influidas por múltiples dimensiones. En el análisis de la paternidad hemos visto diferentes actitudes ante la expectativa de ser padres, pero también la influencia de su relación de pareja y la del propio sistema sanitario a través de los profesionales con que entran en contacto (incluso su experiencia de trato con médicos y hospitales). El resultado es una amplia muestra de reacciones emotivas en los hombres y de sus formas de comunicarlas. Esto, a su vez, prueba que el modelo de comportamiento masculino tradicional no es ya único, sino que están emergiendo otros alternativos. En ello coincido con estudios como el de Mauricio Menjivar (2010) que apuestan por un trabajo de desmitificación la masculinidad hegemónica y monolítica, lo que permitirá ver a un nuevo tipo hombres que está en proceso de transición.

El descubrimiento de esta otra masculinidad requiere la investigación de un número más amplio de caso de la que he podido realizar aquí. Precisamente, una de las limitaciones de mi trabajo ha sido la dificultad de conseguir una mayor participación de hombres; pues muchos de los que contacté para mi investigación lo rechazaban, considerando que ellos podían aportar muy poco, dado que el tema del embarazo y el parto es algo propio y casi exclusivo de las mujeres. Dos de los hombres, por ejemplo, me sugirieron que no les preguntase sobre este tema pues, en tanto mujer, «yo sabría más que ellos» (entrevistas a Ángel y Raúl). Esta ha sido también la actitud de muchas mujeres y algunas profesionales sanitarias, quienes no entendían cómo ellos podrían dar cuenta de algo que no afectaba a sus propios cuerpos y sucedía en lugares a donde no acudían. Mis demandas de entrevistar a los hombres no han sido entendidas, menos todavía cuando he señalado mi preferencia por que fueran individuales, y no en pareja. Por más que les expusiera las razones para citarlos solos, tanto en la captación como en el encuadre de la entrevista, me remitían a que posteriormente entrevistase a sus mujeres, pues ellos se consideraban incapaces de exponer adecuadamente lo que habían vivido. El menor número de entrevistas de varones se explica también por las dificultades para concretar una cita<sup>5</sup>; y fue decisivo en los casos en que aceptaron, la mediación de las mujeres; idéntica circunstancia a la que presenta en su estudio Helen Roberts (1981:25-26).

En definitiva, se precisan estudios centrados en los hombres, más allá de su presencia en el desarrollo de la gestación y el parto como espectadores o acompañantes. Esto, sin embargo, no parece factible en tanto no se fomente una cultural social que reconozca a los hombres la posibilidad y aun la conveniencia de desvelar sus emociones.

Para concluir, quisiera recordar que, como se constata en los retratos que he mostrado, se está produciendo una jerarquización de las emociones. Mientras algunas: el amor, la satisfacción, la seguridad y la tranquilidad son consideradas positivas en el acompañamiento de las mujeres y la paternidad, e incluso premiadas; otras, en cambio, van siendo excluidas: la ansiedad, el miedo, el rechazo y la inseguridad. Al ocurrir esta doble valoración dentro del ámbito sanitario, considero que se corre el riesgo de que sea esta institución la que defina las vivencias desde un punto de vista moral e incluso puede clasificar unas como normales o sanas y otras como patológicas.

## Bibliografía

Blázquez-Rodríguez, Maribel (2010), *Nosotras parimos, ¿nosotras decidimos? La atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio a debate*, Málaga, Publicaciones Universidad de Málaga, Colección Atenea.

Blázquez-Rodríguez, María Isabel y Montes, M.ª Jesús (2010), «Emociones ante la maternidad: de los modelos impuestos a las contestaciones de las mujeres», en *Revista Ankulegi*, n.º 14, pp. 81-92.

Bericat Alastuey, Enrique (2000), «La sociología de la emoción y la emoción en la sociología», en *Papers*, n.º 62, pp. 146-176.

Bonino, Luis (2003), «Las nuevas paternidades», en *Cuadernos de Trabajo Social*, n.º 16, pp. 171-182.

FAME, Federación de Asociaciones de Matronas de España (2008), *Iniciativa Parto Normal*. Documento de consenso, disponible en: <http://federacion-matronas.org/documentos/profesionales/i/4388/124/iniciativa-parto-normal-de-la-fame?smid=119>

Flores Martos, Juan Antonio (2010), «Trabajo de campo etnográfico y gestión emocional», en *Revista Ankulegi*, n.º 14, pp. 11-24.

González de Chávez, Asunción (2001), «Preparación para el parto versus preparación para la maternidad y paternidad», en *Género y salud. I Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud*, Madrid, Instituto de la Mujer, pp. 24-31.

<sup>5</sup> Cuando concluyeron dos de los cinco cursos de preparación grupales a los que habían acudido un gran número de parejas de las mujeres, convoqué a sus participantes a entrevistas grupales, una para las mujeres y otra para los hombres. Las de los hombres no pudieron realizarse porque no apareció ninguno. Para las entrevistas individuales he tenido problemas con tres hombres para concertar una cita y hubo dos que no se presentaron a ella.

- Hochschild, Arlie Russell (1983), *The Managed Heart. Commercialization of Human Feeling*, Berkeley, University of California Press.
- Kleinman, Arthur, y Benson, Peter (2004), «La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina», en Bayés Sopena, R. (ed.), *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*, Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades médicas, pp. 17-26, disponible en: <http://eutanasia.ws/hemeroteca/sufrimmoral.pdf>
- Kaufman, Michael (1997), «Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder», en Valdés, T. y Olavarría, J., *Masculinidad/es. Poder y crisis*, Santiago de Chile, Isis Internacional, pp. 63-81.
- Le Breton, David (1999), *Antropología del dolor*, Barcelona, Seix Barral.
- Lozoya, José Ángel (2000), «Hombres y derechos reproductivos», Ponencia del VI Seminario de Estudios Jurídicos, disponible en: <http://www.hombresigualdad.com/hombres-dchos-reproduc.htm>
- Lutz, Catherine, y Abu-Lughod, Lila, eds. (1990), *Language and the politics of emotion*, Nueva York, Cambridge University Press.
- Menjívar Ochoa, Mauricio (2010), *La masculinidad a debate*, San José (Costa Rica), FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales).
- Ministerio de Sanidad (2008), *Estrategia de atención al parto normal*, Madrid, Ministerio.
- Roberts, Helen (1981), *Doing feminist research*, Londres y Nueva York, Routledge.
- UNICEF (1998), *Avances hacia las metas para las niñas, las adolescentes y las mujeres. Seguimiento de las metas del Acuerdo de Santiago. La participación de los hombres en la salud sexual y reproductiva*, Santafé de Bogotá, UNICEF, UNIFEM, FNUAP, PNUD, OPS/OMS.