

ORIGINAL

PATERNIDAD Y SERVICIOS DE SALUD. ESTUDIO CUALITATIVO DE LAS EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS DE LOS HOMBRES HACIA LA ATENCIÓN SANITARIA DEL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO DE SUS PAREJAS (*)

Gracia Maroto Navarro (1,2), Esther Castaño López (1), María del Mar García Calvente (1,2), Natalia Hidalgo Ruzzante (2,1) e Inmaculada Mateo Rodríguez (1,2)

(1) Escuela Andaluza de Salud Pública.

(2) CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

RESUMEN

Fundamentos: Escasas investigaciones estudian la incorporación de la figura masculina a los servicios sanitarios durante el proceso de nacimiento de los hijos. El objetivo del presente trabajo fue explorar las necesidades y expectativas hacia los servicios sanitarios de un grupo de hombres sobre el proceso del nacimiento de sus criaturas.

Métodos: Investigación cualitativa realizada en Granada en 2004, mediante entrevistas individuales a 10 padres con empleo remunerado, nivel de estudios medio-alto, al menos un hijo/a de 6 a 12 meses y perfil de corresponsabilidad en la crianza. La selección de los participantes fue intencional. Se hizo un análisis hermenéutico del discurso.

Resultados: Se encuentran las siguientes construcciones semánticas: 1) El modelo asistencial dominante no considera protagonistas ni a las mujeres; 2) Aunque el proceso está corporalmente mediado cabe dar apoyo y luchar por la relevancia masculina; 3) Los servicios sanitarios invisibilizan a los hombres; 4) Coartan su participación; y 5) Les prejuzgan según el rol de género asignado. Los participantes tratan la relación entre expectativas sobre la atención al nacimiento y demanda insatisfecha, así como utilizan en buena medida los obstáculos para la participación que descubren en los servicios sanitarios, como argumentos de su propia separación del proceso.

Conclusiones: Destaca el limitado protagonismo de los hombres durante el proceso. Ahora bien, a pesar de su discurso demandante, los entrevistados manifiestan actitudes contradictorias hacia unos cambios que les comprometen. Se identifican elementos de mejora.

Palabras clave: Paternidad. Identidad de género. Servicios de Salud. Perinatología. Investigación cualitativa.

Correspondencia:

Gracia Maroto Navarro.

Escuela Andaluza de Salud Pública

Cuesta del Observatorio 4 (Granada)

958 027426

gracia.maroto.easp@juntadeandalucia.es

ABSTRACT**Paternity and Health Services. Qualitative Research on Men's Experiences during Pregnancy, Delivery and Postpartum of their Partners**

Background: Little research has been carried out with regards to the inclusion of men during the birth process. The objective of this paper involves exploring the needs and expectations of the health services manifested by a group of fathers as a result of their experience during the birth process.

Methods: Qualitative research was carried out in Granada in 2004 via individual interviews with fathers who showed shared responsibility in the upbringing. The profile is: employment, medium-high educational level, one or more child: 0-6 months of age. The transcript was subsequently submitted to hermeneutic analysis.

Results: Some semantic constructs are: 1) Health Services do not concede the women as protagonists, 2) Birth process is depending on the body. Fathers can only support and fight for the relevance of men, 3) Men seem like "invisible", 4) Health services inhibit their participation, and 5) have dealings with fathers according to their gender roles. The participants address the relationship between expectations of care during the birth process and unsatisfied demands, and the manner in which they employ the obstacles encountered within health services that inhibit their participation as arguments that confirm their separation from the process.

Conclusions: This paper draws attention to the limited scope of the provision of healthcare during the birth process in terms of protagonism afforded to fathers. Indeed, despite their requisitory discourse, the interviewees manifest contradictory attitudes in the face of changes that require them to make commitments. We identify elements that could be improved to adapt services to the needs of fathers and vice versa.

Key Words: Paternity. Gender Identity. Health Services. Perinatology. Qualitative Research.

(*) Proyecto de investigación financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2005

No existe potencial conflicto de interés que declarar.

INTRODUCCIÓN

La incorporación social, a nivel formal e informal, de un modelo de co-responsabilidad paterna resulta un elemento clave en la equidad de género. Como refleja la Ley Orgánica 3/ 2007¹ que articula la integración del principio de igualdad efectiva de hombres y mujeres en la política de salud, una perspectiva de género es necesaria para mejorar la calidad de las intervenciones sanitarias en general y de la salud reproductiva en particular. El sistema sanitario es hoy por hoy uno de los medios de contacto más directo con los hombres que van a ser padres y uno de los escasos recursos disponibles para satisfacer la necesidad de habilitación de éstos en la crianza desde el inicio del proceso reproductivo. Es por ello que se encuentra con un doble reto. Necesita satisfacer las nuevas demandas masculinas que van llegando, y tiene la oportunidad de transformarse en agente dinamizador de la implicación de los hombres en la crianza, por su alto componente educativo y por la autoridad e influencia social de la que gozan.

En la actualidad se está viviendo en España el impulso de un modelo de atención perinatal menos medicalizado y que pretende priorizar el protagonismo de las mujeres y sus familias. La excesiva estandarización de los cuidados y cierta invisibilización de las propias mujeres en el proceso de nacimiento es un punto central denunciado por usuarias/os y profesionales, y una preocupación de las instituciones y políticas sanitarias que ha concluido recientemente en un documento de consenso interterritorial (La Estrategia de Atención al Parto Normal)², que refrenda un compromiso de mejora de la atención sanitaria en este campo. En el ámbito andaluz, desde la Consejería de Salud se está desarrollando el *Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal*, con objeto de desarrollar las recomendaciones establecidas en tal estrategia.

Este contexto resulta apropiado para analizar lo que significa incluir el tema de los derechos reproductivos al debate sobre la masculinidad y los hombres, así como para discutir en qué medida incorporar los derechos reproductivos de las mujeres. Así, el controvertido enfoque del padre con derechos propios en el ámbito sanitario, superando la lógica del espectador o acompañante de la mujer embarazada, de la parturienta o de la madre, deja un campo abierto a la investigación y análisis. Si bien de momento no hay consenso sobre hasta qué punto los servicios de salud reproductiva pueden dirigirse también a los hombres, en la literatura parece haber acuerdo generalizado acerca de que sus preocupaciones no han sido tratadas³. Las investigaciones sobre el proceso de nacimiento se centran en la maternidad y la mujer corporalmente mediada y socialmente asignada a este ámbito⁴. Son recurrentes los estudios en relación con el proceso de transición a la maternidad^{3,5-7}, así como los que tratan las experiencias de las madres con los servicios sanitarios⁸⁻¹³. Sin embargo, ha sido poco analizado, y además con bajo rigor metodológico^{14,15}, el sentir masculino al respecto y su relación con modelos de masculinidad determinados y determinantes. Parece necesario acercarse a los hombres como algo más que las parejas de las mujeres, también como individuos con historias reproductivas distintas¹⁶.

En el contexto español se aborda un número muy reducido de indicadores que relacionan al padre con los servicios sanitarios, entre los que destaca su presencia en el parto, así como su concepción como figura auxiliar ajena a este proceso. Fuera de España se han localizado trabajos en relación con el proceso de transición a la paternidad¹⁷⁻²¹, acercándose otros a evaluar las expectativas de los hombres como consumidores de servicios sanitarios, poniendo de manifiesto su malestar al

sentirse alejados del proceso de nacimiento, percibiendo su labor como la de un mero “pinche”, destacando la vivencia de soledad y desinformación, demandando una ayuda orientada a la disminución de temores e inquietudes, y expresando quejas por la inexistencia de modelos a los que seguir y por la ausencia de asesoramiento^{7,22,23}.

En cuanto a las clases de orientación prenatal, como servicio estrella habitualmente abierto a la participación del padre en el contexto occidental, no parecen ser efectivas para los hombres, obteniéndose resultados positivos sólo sobre aquellos que se encuentran especialmente motivados y predispuestos²⁴. Tampoco quedan claros sus efectos incluso para los que originalmente se creó, la preparación de la maternidad o el sólo acto del parto²⁵.

En definitiva, en la medida que no se cuenta con información suficiente sobre la opinión de los hombres padres en relación con los servicios sanitarios, difícilmente se podrán desarrollar ofertas de participación acordes. Un abordaje cualitativo proporciona información rica, variada y complementaria, permitiendo conocer de cerca las experiencias individuales.

Por tanto, el objetivo del presente trabajo es explorar las necesidades y expectativas hacia los servicios sanitarios de un grupo de hombres de acuerdo a la experiencia que tuvieron durante el proceso del nacimiento de sus hijos e hijas.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cualitativa a partir de entrevistas en profundidad a diez hombres residentes en Granada. La selección del grupo de participantes fue intencional. Los criterios de inclusión fueron: heterosexuales, con al menos un

hijo/a de entre 6 y 12 meses de edad (y por tanto, con relación reciente en los servicios sanitarios), convivientes con las madres de las criaturas, y cumplieran características que, según la literatura, contribuyen a la configuración de un modelo de relaciones de pareja igualitaria y de paternidad implicada²⁶: 1) ambos miembros de la pareja tenían empleos remunerados²⁷, 2) nivel de estudios medio-alto²⁸, y 3) asistieron a sesiones de orientación prenatal²⁹. Se comprobó el autoposicionamiento del padre como activamente implicado, la ratificación de sus compañeras, y se sondeó cómo era la participación diaria en diferentes tareas de cuidado infantil.

Dada la alta homogeneidad del perfil de padres necesaria para el propósito del estudio, la saturación de la información se consiguió con un total de diez entrevistas. El modo de acceso a los participantes fue a través de informantes clave (profesionales de enfermería y de centros de educación infantil) que preseleccionaron a los padres según datos de archivo, realizaron el primer acercamiento, bien directamente o a través de sus parejas, preguntándoles si estaban interesados en participar, y facilitaron sus datos de contacto. Se les dio un tiempo para pensarlo antes de que el equipo los llamara para confirmar el perfil, solicitar de nuevo su consentimiento y concertar finalmente la entrevista. Las principales características sociodemográficas de los participantes se recogen en la tabla 1. Tenían una edad media de 36 años, entre 1 y 3 hijos/as, la mayoría con algún título universitario y ejercían sus profesiones gozando de los beneficios laborales de las administraciones públicas (jornada intensiva, horario de verano, asuntos propios...).

El uso de un enfoque de tipo cualitativo permite conocer más de cerca las experiencias individuales relativas a la crianza infantil, en la medida que permite aproxi-

Tabla 1

Características sociodemográficas de los padres participantes

Padres	Edad	Situación Laboral	Profesión	Titulación	Paridad
P1	42	Fijo discontinuo	Técnico	Licenciado Derecho	2 hijas
P2	33	Empresario	Banquero	Licenciado Económicas	2 hijas
P3	43	Interino	Profesor de artes y oficios	Licenciado Bellas Artes	2 hijas y 1 hijo
P4	38	Funcionario	Psicólogo	Licenciado Psicología	1 hija
P5	42	Funcionario	Administrativo	Secundaria	1 hija
P6	31	Funcionario	Administrativo	Licenciado Derecho	2 hijas
P7	31	Interino	Bombero	Universitarios Incompletos	1 hija
P8	33	Asalariado	Comercial	Universitarios Incompletos	1 hija
P9	37	Funcionario	Director de proyectos	Licenciado Documentación	1 hijo
P10	30	Autónomo	Profesor universidad	Doctor Derecho	1 hijo

marnos a múltiples aspectos de dicha realidad a través del lenguaje y su capacidad de simbolización, más concretamente, de las representaciones y discursos de los hombres sujetos de estudio³⁰, así como entender los significados que éstos dan a sus acciones. Entre los diferentes paradigmas cualitativos, el fenomenológico, y más concretamente la hermenéutica heiddegeriana, permite conocer, a través de un proceso de deconstrucción de los discursos, qué significados asignan las personas a sus experiencias paternas en función de la interacción con el entorno y de sus vivencias cotidianas. Alonso³¹ ha explicado este posicionamiento metodológico al diferenciar el análisis sociológico de los discursos de los análisis informacional y estructural. Desde una perspectiva social interesa conocer las producciones simbólicas, los diversos contextos sociales e históricos en la que estas tienen lugar y la posición social desde la cual las personas producen y/o reproducen sus discursos³¹.

La técnica empleada fue la entrevista individual abierta, útil y válida para lograr una aproximación a los objetivos a través de la libre autodeterminación expresiva de los sujetos encuestados, profundizando así en sus motivaciones³². Si bien el tipo de intervención de las personas que moderaron la entrevista fue directa, explicitando el motivo de la investigación, al recurrir a esta técnica conseguimos que cada partici-

pante se abra y exprese en sus propios términos, sin perder de vista el propósito del trabajo. Se utilizó un guión más o menos fijo, ajustado a los objetivos, y adaptado a la dinámica que se establecía con cada participante. Los contenidos básicos explorados fueron: apoyo percibido desde los servicios sanitarios, satisfacción con los mismos, y posibles estrategias para la adecuación de servicios y demandas paternas.

Las entrevistas fueron llevadas a cabo en Granada, entre Junio y Septiembre de 2004. La fecha exacta y lugar fueron establecidas por los participantes, prestándose especial cuidado para que transcurrieran en un espacio libre de interrupciones, que asegurara la privacidad y le permitiera estar relajados. Así, la mayoría de entrevistas se realizaron en sus domicilios (7), y otras en su centro de trabajo (1), en su centro de salud de referencia (1) e incluso optaron por acercarse a las instalaciones de la Escuela Andaluza de Salud Pública (1). Tuvieron una duración entre 90 y 120 minutos y se hizo una grabación de audio, tras su aprobación. Las transcripciones fueron llevadas a cabo por una persona experta en la materia ajena al equipo de investigación. Los datos personales que identificaban a los participantes se sustituyeron por números, garantizando el anonimato de la información proporcionada.

Como recomiendan Taylor & Bodgan³³, tras sucesivas lecturas de las transcripciones y notas de campo, se elaboraron fichas interpretativas para cada entrevista y, mediante la comparación intertextual, se identificaron significados comunes y temas interconectados. Fueron descubiertas algunas estructuras semánticas, y elaborados esquemas de clasificación o tipologías según dichas estructuras. Se realiza un análisis hermenéutico de acuerdo con la corriente inaugurada por Heidegger, tratando de captar el significado de los discursos y teniendo en cuenta el contexto individual y social en el que se producen. La triangulación entre investigadoras y la alta saturación, constituyen un indicador de validez de los resultados. Como herramienta para este análisis fue empleado el programa informático de análisis textual N-Vivo.

RESULTADOS

La organización en estructuras semánticas facilita la exposición de los resultados que se acompañan de los referentes empíricos más relevantes.

Crítica al modelo asistencial dominante: no consideran protagonistas ni a la mujer

Distintos componentes del discurso reflejan que los padres se sienten en un segundo

plano dentro del sistema sanitario durante el proceso de embarazo, parto y posparto. Consideran que los servicios fueron correctos en la medida en que sus hijos/as llegaron a este mundo, aunque los consideran rígidos y poco acomodados a satisfacer necesidades reales. Muestran escepticismo al explorar la expectativa de ser considerados como coprotagonistas del proceso de nacimiento. Destacan la superioridad de la clase médica y son críticos tanto con la atención al embarazo como con las prácticas perinatales en los hospitales, que no sólo les dejan fuera, sino que impiden el protagonismo de las propias mujeres. Perciben que el empoderamiento en el tema, que han conseguido informándose y preparándose por su cuenta, se ve frustrado al llegar al sistema sanitario, en el que las normas, prácticas e intervenciones están marcadas por modelos asistenciales difíciles de compatibilizar con sus expectativas, y sobre todo, con las de sus parejas (tabla 2).

El proceso está corporalmente mediado: sólo cabe dar apoyo y luchar por su relevancia

Entienden que su papel durante el embarazo y el parto sólo se puede reducir a dar apoyo a la madre en la medida en que tiene lugar en el cuerpo de ella. Dicen ser conscientes del proceso a través de un conocimiento de segunda mano. Ahora bien, aunque entienden que

Tabla 2

Crítica al modelo asistencial dominante: no consideran protagonistas ni a las mujeres

"No fue desagradable pero tampoco gratificante (...). En fin, no es que me escupieran a la cara, en ningún momento me trató nadie de manera incorrecta, aunque creo que existen otras posibilidades" (p1...)

"Ella es la máquina de hacer el bebé y la sanidad está ahí un poco pues para que el bebé nazca, ¿no? y no para que la madre tenga un embarazo bueno y placentero" (p3).

"Y yo soy de esta cultura que estamos acostumbrados a... a que el médico es un señor muy importante y que lo que dice lo asumes y no discutes ni nada, pero claro, para mí era como muy fuerte ver como mi pareja sufría tantísimo esa desatención, esa perspectiva del aparato médico ..." (p3).

"Lo que me parece es que el sistema sanitario es otro mundo (...) Por lo que hemos oído, hay sitios donde lo hacen mejor... hay unos protocolos así muy cerrados y parece que de ahí no se puede salir" (p7).

la naturaleza impone las diferencias, luchan por la relevancia: desean experimentar la llegada de su hijo/a y buscan información y formas alternativas de relación con ésta (tabla 3).

Los servicios sanitarios hacen invisibles a los hombres

Una de las grandes constantes en todos los discursos es la exclusiva atención a las madres. Manifiestan que nadie piensa en cómo se sienten ellos. Hablan como eternos secundarios, como subalternos resignados a la falta de protagonismo. Con la llegada del bebé, dicen percibirse descolocados y demandan atención en el sentido de que alguien se percate de su presencia. Señalan la necesidad de que se haga una preparación a la paternidad desde un enfoque menos técnico y más emocional o vivencial, en el que puedan tener cabida tanto ellas como ellos. En tanto asistentes a la educación prenatal, opinan críticamente sobre el tema. Sienten que los contenidos previstos no se dirigen a ellos. Indican que aún estando invitados, no pueden participar directamente, viéndose ridiculizados y encorseados en un papel forzado y reducido fundamentalmente al acto concreto del parto (tabla 3).

Los protocolos sanitarios coartan su participación y les excluyen

Los padres entrevistados dicen desear implicarse en la vida de sus bebés desde

la confirmación del embarazo, pero encuentran limitaciones en sus experiencias con los servicios sanitarios, que les impiden ejercer la paternidad a su manera. Aluden problemas de acceso e incompatibilidad de horarios entre servicios ofertados durante el embarazo y jornadas laborales. Y aunque las expectativas sociales y del sistema sanitario hacia el padre parecen estar centradas en su presencia en el parto, no siempre encuentran el apoyo formal para que esto se cumpla. Aparece en los discursos de los padres una actitud de espera de instrucciones del personal para poder actuar. En definitiva, refieren que el co-protagonismo y el acceso a la información dependen de las coyunturas y de la iniciativa individual de cada padre (tabla 5).

Las diferencias de género limitan: los servicios les prejuizan, no les asignan espacio

El prejuicio del personal sanitario hacia la inclusión paterna percibido por los padres aparece también como elemento clave que les relega a un segundo lugar. Los padres aprecian el malestar de los distintos profesionales, e incluso cierto sarcasmo, cuando toman la iniciativa, desean participar o reclaman la atención que creen merecer. El sistema sanitario reproduce la asignación de roles de género que socialmente se otorga a hombres y mujeres en materia reproductiva. Para ellos, el papel de los servicios sanitarios resulta relevante, en la medida que deben estar ahí para res-

Tabla 3

El proceso está corporalmente mediado: sólo cabe dar apoyo y luchar por su relevancia

“En la medida en que tu pareja siente que le estás dando apoyo, pues, es un consuelo...” (p1).

“Y sobre todo estar con ella, y compartir las sensaciones que tenía tanto ella como yo... pero que hasta que no sale, hasta que no llega el parto es como que hay una barrera ahí” (p3).

“Yo quería sentirlo, vivirlo y de alguna manera estábamos muy próximos (...). Hablábamos de las cosas que nos preocupaban y buscábamos mucha información” (p3).

Tabla 4

Los servicios sanitarios hacen invisible al hombre

«A mí, como padre nunca me preguntaron nada (...). Nunca me plantearon si yo estaba nervioso, si no estaba nervioso, si qué tenía que hacer, si cómo podía ayudar y cómo no podía ayudar... eso nunca se me planteó» (p8).

«Tenías que estar un día en el que se supone que se simulaba el momento del parto y nuestra función consistía en... básicamente... [risas] era levantar a nuestra pareja, la espalda 'nuestro momento glorioso']» (p1).

«Y en el hospital cuando dan a luz, eres el acompañante, el que está en ese sillón extraño con el cuello torcido ...» (p8).

«Yo me quejo porque no he visto así un apoyo de decir 'oye tú, padre, ¿qué necesitas?' Cuando nazca tu niño, qué apoyo tienes para aceptarlo o para integrarte en esa relación (...) y que no te veas tú excluido» (p6).

«Estuve yendo todo el tiempo que pude a la gimnasia maternal y todo eso, ¿no? Uf, que fue muy divertido, ...está muy enfocado a la mujer más que al hombre... porque... vamos, estuve respirando por la vagina y todo» (p7).

«Lo que les preocupa es la madre, el padre puede estar cansado y tal, pero en ese sentido tampoco importa... Los servicios sanitarios se ocupan de la madre, y ya está, y del padre pasan, es como en las bodas que sólo existe la novia, igual» (p10)

Tabla 5

Los protocolos sanitarios coartan su participación y les excluyen

«Yo, porque un muchacho, que estaba esperando a que su pareja diera a luz, me vio allí un poco acarajotado y... 'venga ponte esto' y... y me empujó al quirófano, y así me presenté. Y yo creo que por eso vi a mi hija nacer, porque si me hubiera esperado a que me llamaran pues ni la hubiera visto.» (p1).

«Pues bueno, hay mucho interés por las empresas privadas que venden productos por informarte y tal, y sin embargo, desde lo público pues tal vez un poco menos (...) si tú no vas allí y te preocupas y preguntas y tal, pues no se ve tanta información, ¿no?» (p2).

«Normalmente hay pocos padres. No hay más porque no pueden conciliar con el trabajo (horarios inflexibles...)» (p6).

«En una de esas que ella estaba super cansada y tenía que subir a darle el biberón, dije: 'Pues subo yo. Pero no hubo manera(...)'. Yo era un observador, un observador detrás de una barrera porque no me dejaron hacer nada... El padre podría colaborar más si desde un principio el parto se planteara de otra forma y nos enseñaran a participar » (p7).

«Se te deja al margen... a no ser que tú te quieras enterar y pongas la oreja o tal, estás al margen de todo... Lo mismo que a la amniocentesis no me dejaron entrar y nos hubiera gustado estar juntos» (p9).

Tabla 6

Las diferencias de género limitan: los servicios les prejuzgan, no les asignan un espacio

«Por ahí tenían que empezar a reformar el tema, porque sí, se busca la igualdad, se busca (...) un hombre también es capaz de cuidar de sus hijos igual que una mujer porque la mujer trabaja igual que el hombre » (p2)

«También a nivel social e institucional (...) Hay que mostrar que no viene impuesto, que no es un mandato divino que tú tengas que hacer unas cosas u otras, ¿no? y difundir esa forma de afrontar la paternidad... o la maternidad... » (p3)

«Quién lleva a la niña al pediatra prácticamente soy yo. Y el mismo pediatra, yo noto que se sorprende, al mismo tiempo le gusta y al mismo tiempo se siente... Es chocante que vaya el padre con la niña» (p5)

«La enfermera me dijo, 'anda cógela, que seguro que no sabes ni cogerla' (...) se podría dirigir en un sentido positivo (...) no van más padres porque no se han dado cuenta de que es verdad, que yo también puedo hacer eso sin problema » (p7)

«La involucración tiene que ser directamente desde el padre que quiera. Ahora ...si el padre quiere pues si debería de prestarse algo para decir, "bueno, si tú quieres aquí tengo también estas cosas para ti"» (p8)

«Hay que llevar a los padres al centro de salud (...) a los padres, en general, le parecen poco atractivas estas cosas, como si no fueran con ellos, eh, no sé si eso también es responsabilidad de las instituciones sanitarias » (p1)

«Yo entiendo que el sistema sanitario podría canalizar a aquellos que tengan un mínimo de interés» (p4)

ponder y no frustrar el interés de algunos, de los que “quieran estar ahí”. Entienden que es responsabilidad de los servicios acercarlos y ayudarles a implicarse (tabla 6).

DISCUSIÓN

Las categorías extraídas de los discursos tratan la relación entre expectativas hacia los servicios sanitarios y demanda insatisfe-

cha, y contienen los argumentos que los hombres encuentran para explicar su distanciamiento en el proceso de nacimiento de un hijo/a, en buena medida centrados en los obstáculos para la participación que descubren en los servicios sanitarios.

Los entrevistados, en coherencia con su autodefinición de padres implicados en la crianza, presentan un discurso demandante hacia el sistema sanitario. Explicitan un intento de acercarse al proceso de nacimiento y de sentirlo lo más próximo posible, luchando así por la relevancia³⁴. A pesar de ello, también vivencian el proceso de nacimiento como corporalmente mediado, que los desplaza a un segundo plano e imposibilita para ciertas actividades y vivencias³⁵. Ahora bien, no muestran tanto una actitud proactiva, sino que más bien quedan a la espera, finalmente frustrada en muchos casos, de que los servicios sanitarios les asignen un espacio y un papel que desempeñar. Y tal como plantea Fuller³⁶, si bien algunos programas sanitarios solucionan las necesidades inmediatas de las mujeres, a largo plazo han tendido a incentivar la deserción masculina y la hostilidad entre hombres y mujeres. Es así como los programas de salud durante el proceso de nacimiento dirigidos sólo a la población femenina a menudo refuerzan la indiferencia o falta de participación del varón, respondiendo a un modelo medicalizado que va adecuando nuevas medidas a las posibilidades de los profesionales sanitarios²⁴.

Los padres excusan su participación en algunas actividades ofertadas por dificultades de acceso o incompatibilidad con su trabajo. La Ley Orgánica 3/ 2007¹ para la igualdad efectiva de hombres y mujeres, en su artículo 44, determina que los derechos de conciliación de la vida familiar y laboral se reconocerán a los trabajadores y trabajadoras en forma que fomenten la asunción equilibrada de las responsabilidades familiares. Aún así, es sabido que

muchas madres tienen problemas para ausentarse del trabajo durante el embarazo por estos motivos aun contando con cierto amparo legal. En el caso de los padres puede ser peor considerando por la poca tradición en nuestra sociedad de incluir al padre como miembro activo en el embarazo, parto y crianza de sus hijos e hijas.

Ahora bien, la dificultad de acceso sólo supone la punta del iceberg, cuando aún están bien arraigados los prejuicios sociales y de la propia clase médica hacia la capacidad de los hombres para afrontar los cuidados y acercarse al ámbito reproductivo. Los participantes de este trabajo esperan ser dirigidos para servir de apoyo a las madres, aunque más allá del papel auxiliar asignado y asumido, demandan también atención directa a sus necesidades y emociones, sobretodo en el momento en que el hombre ya es padre, en el cual emergen nuevas demandas sin respuesta por parte de unos servicios profesionales que se vuelcan exclusivamente en el/la bebé y la madre. En esta línea, algunos estudios resaltan la importancia de entrenar al personal sanitario para que lleve a cabo una serie de buenas prácticas de inclusión de los hombres, incitación a la participación y no marginación²⁸. En definitiva, la ausencia de impulso institucional, la inespecífica oferta de los servicios sanitarios y la tímida demanda por parte de los hombres, son elementos clave que contribuyen a perpetuar la falta de implicación paterna.

A pesar de este nuevo discurso sobre implicación, en este trabajo se manifiesta cierto alejamiento de los hombres entrevistados con respecto al proceso de embarazo, parto y posparto. Las prioridades sanitarias, en cuanto a cuestiones reproductivas se refiere, son un reflejo de las explicaciones naturalistas que imponen diferencias en las formas en que hombres y mujeres viven la llegada del niño o niña y posterior crianza. Tal diferenciación

comporta desventajas para los varones, en la medida en que su papel queda relegado a un segundo plano. Pero también, dar el paso de “estar ahí” y ser atendidos en el ámbito formal como co-protagonistas, les supone un coste elevado, un esfuerzo que muchos padres quizás no están dispuestos a asumir⁷. Los entrevistados consideran que su participación en el proceso debe ser opcional, a lo que pueden renunciar si desean. En última instancia, parecen no entender la corresponsabilidad, incluso en este grupo de padres situados en un techo de implicación. Introducir cambios en las actuales prácticas sanitarias que incluyan a los hombres constituye, en definitiva, poner en cuestión diversas inequidades que consolidan diferencias de género, ocultas tanto para quienes ejercen su profesión como para quienes acuden a la consulta.

A la vez que la atención sanitaria es heredera de los valores sociales y reproduce el sistema de género social, la visión medicalizada basada en un enfoque biologicista, fragmentario y tecnológico, entre otras características, se apropia de este proceso y configura un sistema de género en el tratamiento del embarazo, parto y posparto³⁷. Ahora bien, la pretendida humanización y desmedicalización de la atención perinatal, además de llevar asociado el empoderamiento de las mujeres en el acceso a la información y toma de decisiones, debe estar acompañada de un proceso de incorporación de la masculinidad en la crianza, positiva para la equidad de género. De no ser así, supondría una perpetuación de la naturalización del proceso, en el sentido de acentuar la posición de las mujeres como criadoras por excelencia, y donde la incorporación de los hombres con derechos propios puede aumentar ese peligro.

El debate actual sobre los derechos de hombres y mujeres en el ámbito reproductivo desvela la amenaza en materia de igualdad que puede suponer la promoción de la

participación de los hombres en los servicios de salud reproductiva, y más concretamente en el proceso de embarazo, parto y posparto. Grupos conservadores que siempre se opusieron a la libre determinación de las mujeres para decidir sobre sus procesos reproductivos, ahora empiezan a utilizar el discurso de los derechos masculinos para defender el orden patriarcal de la familia³⁸. Frente a ello, algunos autores y autoras ya argumentaban la emergencia y peligros del neomachismo (Manifestación de una concepción equitativa de las relaciones entre hombre y mujer, sobre el supuesto de igualdad de la persona, pero que encubre formas más sutiles de expresión de la desigualdad) como perpetuador de desigualdades³⁹. Cuando el cuerpo de las mujeres es el terreno de disputa y cuando no puede haber equivalente en la otra parte, surge el dilema de compatibilizar el principio de libertad individual y protagonismo de las mujeres en el proceso de nacimiento, con el derecho de los hombres a participar y vivir una paternidad sin presiones³⁸.

En el otro extremo, el empoderamiento de las mujeres no puede ser interpretado simplemente como sinónimo de desempoderamiento de los varones, sino que tomando en cuenta los condicionantes que influyen sobre el ser mujer y el ser hombre, puede asumirse que incitará a éstos a repensar su identidad como hombres y seres humanos, aprendiendo nuevos modelos de negociación e intercambio. Es necesario un nuevo análisis de la categoría de derechos en el ámbito de la reproducción, replanteando y desesencializando los estereotipos que se han construido alrededor de los hombres y las mujeres en este ámbito⁴⁰.

La metodología cualitativa elegida ha aportado gran riqueza tanto en cantidad como en diversidad de información. Ahora bien, este trabajo, de acuerdo al diseño utilizado, si bien no pretende extender los resultados y conclusiones más allá del grupo de participantes inten-

cionalmente seleccionado, sí que ha intentado aproximarse parcialmente al tema considerando las experiencias de hombres padres con algunas características particulares. Los entrevistados eran heterosexuales, con pareja estable y profesionales de clase media- alta, e inicialmente definidos como implicados en la crianza. Otros modelos de participación, otras clases sociales, situaciones de convivencia u opciones sexuales, vinculadas probablemente con experiencias diferentes, pueden ayudar en otros estudios a acercar los servicios sanitarios a las demandas paternas y viceversa.

En los últimos años hemos estado expuestos y expuestas a un mayor interés social en lo relativo al conocimiento profundo de las desigualdades de género en las políticas, estrategias y programas de salud. La novedad de este estudio radica en evaluar las necesidades y expectativas de algunos padres en relación con la atención en el proceso de nacimiento ofertada por los servicios sanitarios, ya que son escasos los estudios que analizan dicha problemática. El tiempo dirá si nuevas iniciativas de incorporación del padre serán implementadas y si los hombres tendrán la oportunidad de renegociar su posición secundaria. Sería interesante ver cómo reaccionan los padres ante iniciativas que faciliten su autonomía en los servicios tradicionalmente maternos. ¿Buscarán el uso de estos servicios para afirmar sus identidades como padres alejados de los modelos convencionales?, ¿serán estos servicios un contexto apropiado para impulsar nuevas identidades masculinas?²³.

Futuras investigaciones son necesarias para lograr una visión amplia del fenómeno, de las necesidades de padres y madres y de las implicaciones de este cambio en los avances conseguidos con respecto a los derechos reproductivos con objeto de adaptar las estrategias sanitarias a la nueva realidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE núm 71 de 23/03/2007.
2. Consejo Interterritorial Sistema Nacional de Salud. Propuesta de estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud. Madrid: Consejo Interterritorial Sistema Nacional de Salud; 2007.
3. Premberg A, Hellström A, Berg M. Experiences of the first year as father. *Scand J Caring Sci.* 2008; 22: 56-63.
4. Fägerskröld A. A change in life as experienced by first-time fathers. *Scand J Caring Sci.* 2008; 22: 64-71.
5. Condon J. What about dad? Psychosocial and mental health issues for new fathers. *Aust Fam Physician.* 2006; 35(9): 690-692.
6. Nelson AM. 2003. Transition to motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003; 32(4): 465-77.
7. Barclay L, Lupton D. The experiences of new fatherhood: a socio-cultural analysis. *J Adv Nurs.* 1999; 29(4): 1013-20.
8. Maroto-Navarro G, García-Calvente MM, Fernández-Parra A. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Int J Clin Health Psychol.* 2005; 5(2): 305-18.
9. Maroto G, Castaño E, García MM. Indifference, demandingness and resignation regarding support for childrearing. A qualitative study with mothers from Granada (Spain). *European Journal of Women's Studies.* 2007; 14:51-67.
10. Yellad J, Mc Lachland H, Forster D, Rayner J, Lumley J. How is maternal psychosocial health assessed and promoted in the early postnatal period? Findings from a review of hospital postnatal care in Victoria, Australia. *Midwifery.* 2007; 23(3): 287-297.
11. Cronin C, McCarthy G. First-time mothers - identifying their needs, perceptions and experiences. *J Clin Nurs.* 2003; 12(2): 260-7.
12. Bondas T. Finnish women's experiences of antenatal care. *Midwifery.* 2002; 18(1): 61-71.
13. Gibbins J, Thomson AM. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery.* 2001; 17(4):302-13.

14. Borisenko J. Fatherhood as a Personality Development Factor en Men. *Span J Psychol.* 2007; 10(1): 82-90.
15. Yáñez S. ¿Seguimos descuidando a los padres? El papel del padre en la dinámica familiar y su influencia en el bienestar psíquico de sus componentes. *Anales de psicología.* 2006; 22(2): 175-185.
16. De Keijzer B 2003. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En la salud como derecho ciudadano. *Perspectivas y propuestas desde América Latina.* Lima: Universidad Cayetano Herrera; 2003. pp. 137-152.
17. Draper J. Men's passage to fatherhood: an analysis of the contemporary relevant of transition theory. *Nurs Inq.* 2003; 10(1): 60-78.
18. Draper J. It's the first scientific evidence: men's experience of pregnancy confirmation. *J Adv Nurs.* 2002; 39(6): 563-570.
19. Garza ME, Rodríguez MS, Villarreal E, Salinas AM, Nuñez G. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. *Rev Esp Salud Pública.* 2003; 77: 267-274.
20. Gage JD, Kirk R. First-time fathers: perceptions of preparedness for fatherhood. *Can J Nurs Res.* 2002; 34(4): 15-24.
21. Ahlborg T, Strandmark M. The baby was the focus of attention - first-time parents' experiences of their intimate relationship. *Scand J Caring Sci.* 2001; 15(4): 318-25.
22. Cruzat C, Aracena M. Significado de la Paternidad en Adolescentes Varones del Sector Sur-Oriente de Santiago. *Psyche.* 2006; 15(1) 29-44.
23. Early R. Men as consumers of maternity services: a contradiction in terms. *International Journal of Consumer Studies.* 2001; 25(2): 160-7.
24. Greenhalgh R. Fathers Coping Style, Antenatal Preparation, and Experiences of Labor and the Postpartum. *Birth.* 2000; 27(3): 177-184.
25. Gagnon AJ, Sandall J. Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4.* Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. Traducida de The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007.
26. Johnston DD, Swanson DH. Invisible Mothers: A content Análisis of Motherhood Ideologies and Myths in Magazines. *Sex Roles.* 2003; 49(1/2): 21-33.
27. Costigan CL, Cox MJ, Cauce AM. Work-parenting linkages among dual-earner couples at the transition to parenthood. *J Fam Psicol.* 2003; 17(3): 397-408.
28. Tiedje LB, Darling-Fisher CS. Factors that influence fathers' participation in child care. *Health Care Women Int.* 1993; 14(1): 99-107.
29. O'Brien M, Shemilt I. Working Fathers. Earning and Caring. Consultado el 22 de Febrero de 2005. Disponible en: <http://www.eoc.org.uk/cseng/research/ueareport.pdf>.
30. Taylor SJ, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós Básica; 1998.
31. Pérez C. Sobre la Metodología Cualitativa. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 373-380.
32. Alonso LE. La mirada cualitativa en sociología. Madrid: Fundamentos; 1998.
33. Ortí A. La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta y la discusión de grupo. En: *El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de investigación.* Madrid: Alianza Universidad; 1989. pp. 49-83.
34. Draper J. It's the first scientific evidence". Men's experience of pregnancy confirmation. *J Adv Nur.* 2002; 39(6): 563-70.
35. Jordan P. Laboring for relevance: expectant and new fatherhood. *Nurs Res.* 1990; 39(1): 11-6.
36. Fuller N. Significados y prácticas de paternidad entre varones urbanos del Perú. En: Fuller N. Editora. *Paternidades en América Latina.* Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú; 2000. pp. 35-89.
37. Blázquez MI. Aproximación a la antropología de la reproducción. AIBR. Disponible en: <http://www.plazamayor.net/antropología/42jul/articulos/jul0506.pdf>.
38. Guevara E. Los derechos reproductivos y los hombres. El debate pendiente. *Revista Descatós,* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/139/13901107.pdf>.

39. De Schutter MA. El debate en América Latina sobre la participación de los hombres en programas de salud reproductiva. *Rev Panam Salud Pública*. 2000; 7(6): 418-424.
40. Figueroa JG. Varones, reproducción y derechos: ¿podemos cambiar estos términos? *Desacatos* 2001; 6:149-164.