

Emociones ante la maternidad: de los modelos impuestos a las contestaciones de las mujeres

Maribel Blázquez Rodríguez

Universidad Complutense de Madrid
maribelblazro@gmail.com

M^a Jesús Montes Muñoz

Universitat Rovira i Virgili
majesus.montes@urv.cat

Palabras claves: antropología, maternidad, atención sanitaria, mujeres, emociones.

Resumen: “¡Ay, ser madre es lo más bonito de una mujer!” es una de las expresiones que con frecuencia se escuchan ante una mujer embarazada. Son emitidas tanto por familiares y acompañantes como por el propio personal sanitario que presta atención a lo largo del proceso. Reflejan las visiones socioculturales hegemónicas acerca de la maternidad y son mecanismos de socialización que orientan acerca de las emociones que las mujeres tienen que mostrar, vivir y emplear para dar sentido a sus experiencias. En nuestras investigaciones hemos recogido situaciones que visibilizan la diversidad de emociones que presentan las mujeres, y cómo algunas de ellas sugieren otras formas de significar su maternidad y el papel de esta en sus vidas.

Introducción

En este artículo queremos analizar la intermediación de las emociones en las prácticas sociales centrándonos en el proceso concreto de la maternidad. Profundizamos en las experiencias de las mujeres, en las vivencias cotidianas de cómo ellas interpretan, perciben y contestan este modelo socialmente pautado, que se presenta impregnado de emociones positivas que llevan implícitos la felicidad y el amor naturalizado.

Ankulegi 14, 2010, 81-92

Fecha de recepción: 9-V-2010 / Fecha de aceptación: 22-XI-2010

ISSN: 1138-347 X © Ankulegi, 2010

Nos interesa la maternidad en un doble sentido, por un lado, permite acercarnos a conocer cómo se construye a las mujeres y, por otro, por tratarse de un acontecimiento en el que ciertas relaciones se han dado por supuestas, incluso desde la antropología, como por ejemplo "la especialización biológica de las mujeres en la crianza y falta de cuestionamiento del carácter del vínculo madre-cría" (Imaz, 2008: 85-86).

En el contexto español, somos herederos/as de un discurso específico occidental acerca de la maternidad, como finalidad única de las mujeres, apoyado en la biología, reforzado por el mandato divino y como deber social. La relación mujer-madre-maternal como única forma de realización femenina (Osborne, 1993) ha sido la construcción ideológica mantenida durante siglos por el poder político y las instituciones y, de acuerdo con ella, se ha erigido la vida de las mujeres. En ello, como revisa Montes (2007: 61-66), el discurso médico legitimado, desde su triple autoridad –masculina, respaldada por la ciencia y al servicio del Estado–, difundirá este modelo de base religiosa (Nash, 2000: 628), y sin introducir modificaciones en las estructuras de las relaciones de poder establecidas (Ortiz, 1993: 109).

Otra de estas herencias del mito de la maternidad tiene que ver con la existencia del "instinto maternal", cuyo carácter socio-cultural ha sido revisado por diferentes autoras, entre las que destaca Élisabeth Badinter (1991). La ideología que ha sustentado la definición de mujer-madre anclada en una naturalización biológica ineludible mantiene las desigualdades de poder y la inferioridad naturalizada de las mujeres, justificando la división del trabajo y las diferencias en el valor de producción y reproducción

(Narotzky, 1988: 132), y en "la configuración de las emociones" (Esteban, 2000: 208).

Por otra parte, nos interesan las prácticas que se relacionen con la "maternalización de las mujeres", planteamiento que establece que esta tarea de convertirse en madres no puede dejarse solo en manos del presunto instinto maternal, de la intuición de las mujeres, si no que es necesario dar orientaciones e instruir a las madres. Así, desde principios del siglo XX, instituciones como la medicina desarrollaron saberes técnicos que las mujeres debían aprender, motivo por el cual surge posteriormente la puericultura. De manera que la institución sanitaria ha sido uno de los principales agentes de control sobre las vidas de las mujeres (Ortiz, 2006: 176-179).

Si bien la maternidad, apunta Carmen Díez Mintegui, "sigue siendo una metáfora organizadora en nuestra sociedad, las respuestas de las mujeres son diversas" (1995: 157). No hay un único modelo del ejercicio de la maternidad, y las experiencias vividas y transmitidas por las mujeres muestran sus estrategias para equilibrar los propios deseos o proyectos y necesidades con las exigencias socioculturales heredadas. Así pues, y como propone Montse Juan (1991: 43), debiéramos hablar, más que de una maternidad, de maternidades.

La maternidad se presenta enraizada en las emociones entendidas como experiencias personalizadas que responden a un sistema de valores morales, ideas o creencias culturalmente construidas, que forman parte de la cosmovisión de un determinado contexto de relaciones. Ante esto, como veremos, las mujeres dan respuestas diferenciadas que les pueden generar contradicciones. En primer lugar, vamos a dar cuenta de algunas de las

expresiones de sus procesos emotivos respecto a su maternidad, que se gestionan principalmente en relación con las pautas que reciben del sistema sanitario. Sin embargo, a pesar de esta endoculturación concreta, ellas muestran sus convergencias a la par que sus disidencias con las emociones impuestas, y relatan otras formas de vivir estas experiencias.

Nuestros datos no hacen distinción entre emoción y sentimiento, pues el propósito que aquí nos mueve es hacer visible el lugar que ocupan en la construcción de la maternidad. Nos alejamos de las propuestas que conciben las emociones como una esencia humana, relacionada con lo biológico, lo psicológico, y no con la historia, la cultura o la ideología (Jimeno, 2004: 31), pues las emociones son un vehículo de expresión y transmisión de contenidos sociopolíticos.

En este texto queremos dar cuenta, como apuntan Catherine Lutz y Lila Abu-Lughod (1990), de cómo esta clasificación de sentimientos y emociones es una forma del poder de género. Es decir, este ámbito de lo emocional se ha utilizado, y con nuestros datos comprobamos que se sigue utilizando, para distinguir e identificar qué es lo femenino. Y, además, la endoculturación emocional es una forma de poder, un mecanismo de control y subordinación de las mujeres, donde se establece cómo deben ser y vivir —en concreto la maternidad—, que las obliga a someterse a los modelos, a interiorizarlos, produciendo y reproduciendo diferencias y desigualdades entre ellas y con respecto a los hombres.

Las investigaciones sobre las que se apoyan nuestros datos están contextualizadas en dos comunidades autónomas de España y corresponden a Montes (2007), realizada en Tarragona y su provincia entre los años 2003 y 2007, y a la de Blázquez (2009), en Madrid

en el período 2005-2008. En ambas etnografías las técnicas empleadas han sido la observación participante, las entrevistas y el análisis documental, que describimos de forma resumida.

Blázquez ha centrado su observación primordialmente en la atención sanitaria que se presta a las mujeres desde el embarazo hasta el postparto en los servicios sanitarios públicos. Montes detiene más su mirada en la observación y acompañamiento a un grupo de mujeres y profesionales —comadronas y médicos—, tanto del sistema sanitario público como de otros privados, dirigidos a la atención del embarazo y el nacimiento.

Se realizaron entrevistas abiertas en profundidad. En Madrid han sido a 16 mujeres y 22 profesionales, mientras que las informantes de Tarragona son 16 mujeres a quienes se les realizó en su domicilio una media de 7 entrevistas de alrededor de una hora y media de duración a lo largo del embarazo y hasta dos meses tras el parto, y a 5 profesionales con una única entrevista.

La última técnica, el análisis documental, ha ido dirigida a la revisión de los documentos generados y utilizados en los centros de observación, normativas sanitarias como programas, protocolos, etc., y otras publicaciones de organizaciones profesionales, mujeres y expertos en torno al nacimiento.

A pesar de las diferencias de ambos estudios, existen concordancias tanto en los objetivos perseguidos al tratar de informar de la experiencia de la maternidad, vista en diálogo con las pautas que reciben del sistema sanitario, y principalmente en los datos hallados, que nos han permitido hablar de este grupo de mujeres de una forma conjunta y uniforme, obviando su variabilidad interna, la cual existe, y en otros lugares hemos dado cuenta más ampliamente que aquí.

Protocolos emocionales en el ámbito sanitario

La atención sanitaria ordena cómo debe ser la asistencia a las mujeres desde el embarazo hasta que se recuperan después del parto. Pero además normativiza cómo deben ser las vivencias de las mujeres contemporáneas en torno a la maternidad, como se constata en sus declaraciones en forma de protocolos y guías, al igual que en la práctica de sus profesionales. Del análisis documental se resalta la insistencia en el "instinto maternal"; instinto que se supone da comienzo en el embarazo y se refuerza con el nacimiento y el contacto o vínculo con la criatura. Tanto desde el Protocolo de Seguiment de l'Embaràs a Catalunya (1998) como desde el Protocol d'Assistència al part i al Puerperi i d'Atenció al Nadó (2003) el vínculo se presenta principalmente asociado a la lactancia materna y se considera el elemento clave que asegura el desarrollo y la salud de la criatura.

Esta misma tendencia se observa en la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad (2007), especialmente respecto a los beneficios de la lactancia materna, ya que si bien inicialmente no se revisan estudios que midan el instinto, en las conclusiones sí se presenta como una realidad: "El postparto inmediato es un período sensible de extrema importancia para el establecimiento de la lactancia materna y también desempeña un papel importante en el desarrollo del vínculo" (2007: 73). Aunque se hace alusión al vínculo madre/padre-criatura, la insistencia en la lactancia materna justifica el discurso de la relación "natural", a partir del funcionamiento hormonal, del que la mujer no puede sustraerse y que va a condicionar su conducta. En el mismo documento encontramos que el instinto se confunde, en nuestra opinión, con

la capacidad de supervivencia de la criatura, como si esta dependiera exclusivamente de la relación con la madre:

Las criaturas recién nacidas, depositarias del instinto, necesitan, para que pueda desencadenarse correctamente, permanecer en íntimo contacto con su madre preferiblemente durante las dos primeras horas después del parto. [...] Posponer el contacto significa que la criatura recién nacida ya no pone en marcha su instinto con la misma efectividad (2007: 32, 73).

En nuestras investigaciones, en general, profesionales y mujeres hablaron del instinto y raramente del amor materno, aunque el instinto se describa como la base del amor materno. Parece aceptarse que el instinto puede darse o no, pero el amor de la madre es incuestionable y siempre está. Aunque algunas mujeres coincidieron en que "hasta que no la vea no la puedo querer", otras parece como si esperaran a que el amor hiciera su presencia de forma espontánea y natural en el espacio imaginario del instinto. Por parte de las profesionales, informan e instruyen a las mujeres, en los cursos grupales de educación durante el embarazo, en lo que van a sentir al ser madres indicándoles:

Estad tranquilas, es una experiencia que cada una tiene que vivir. Al principio es fácil desde el punto de vista instintivo, porque te salen las cosas y las haces. Tened confianza y seguridad. [...] El instinto y el conocimiento favorece que hagas las cosas, dejaos llevar por lo que os diga el cuerpo (Sol, Madrid).

El instinto unido al amor lo encontramos en grupos y asociaciones de carácter ecologista, humanista y naturista que se sitúan a favor del parto natural, y reivindican el dere-

cho a cuidar de forma intensiva a sus criaturas, al menos durante los primeros años de vida. En esta línea destacamos las afirmaciones del ginecólogo Michel Odent, dedicado al estudio de la salud durante el período fetal y el primer año siguiente al nacimiento, el llamado "período primal". Explica la importancia del amor en la constitución del individuo y su influencia en todo lo que le ocurrirá en la vida, apuntando:

Después de observar los antecedentes de las personas que presentan una clara alteración de la capacidad para amar, sea para amarse a sí mismo o a otros, parece que la capacidad para amar está determinada por tempranas experiencias de la vida fetal y el período perinatal (2007: 14).

El amor que reciban las criaturas, asegura el autor, es construido como condicionante de su desarrollo. Es visto como el efecto de la acción hormonal en la conducta de las mujeres, de forma que se habla de la oxitocina como la hormona del amor, ya que participa en el parto y en los orgasmos, y la prolactina como la hormona de la maternidad que activa la lactancia materna. De ahí que parte de la atención sanitaria basada en la humanización del parto, desde el enfoque fisiológico (Blázquez, 2010: 218-221), busque mantener unas condiciones en el entorno de la mujer para que estas hormonas fluyan e impregnen madre y criatura asegurando el profundo vínculo de amor entre ambos¹. Aparece, así, una determinada con-

figuración y socialización de las emociones, donde el amor ocuparía el lugar central. Además, estos discursos que revitalizan la construcción del vínculo materno-filial están más legitimados al proceder de la medicina y la ciencia.

El instinto maternal, que sostiene estas emociones, se plantea como algo natural, procedente de la naturaleza propia de las mujeres y de lo femenino, olvidando que el instinto "es en realidad solamente un mito" (Ferro, 1991: XII), un constructo cultural ampliamente demostrado y discutido (Badinter, 1991; Osborne, 1993; Moore, 1996; Tubert, 1996; Scheper-Hughes, 1997); una expresión de dominación, que ha llevado –y sigue llevando, como vemos– a la "tendencia generalizada de establecer un vínculo indisociable entre la vida de las mujeres y su fisiología" (Moore, 1996: 43).

Por consiguiente, valoramos que nombrar como protocolos de lo emocional las intervenciones sanitarias permite entender el carácter prescriptivo que tienen sobre las emociones de las mujeres ante la maternidad: cómo deben ser –desde el amor maternal–, cuándo deben aparecer –tras la mediación de las hormonas del parto y del vínculo– y por qué deben darse –como garantía del cuidado de las criaturas–. Esta socialización no impide que las respuestas de las mujeres, como abordamos a continuación, revelen, además de ciertas convergencias, alternativas con respecto a las emociones propuestas y a sus significados.

¹ Odent señala el lugar de la biología en la maternidad: "En lo que concierne al parto y al nacimiento, todo lo que es específicamente humano debe ser eliminado, al tiempo que las necesidades mamíferas

deben ser satisfechas. Suprimir lo que es específicamente humano implica primero liberarse de todas las creencias y costumbres que han interferido la fisiología de este proceso durante milenios" (2007: 52).

Las mujeres: encuentros y desencuentros ante los protocolos emocionales

La socialización en estas pautas hegemónicas produce que haya un grupo de mujeres que se ajusten y vivan, definan y expresen esta experiencia de acuerdo a lo establecido, pero no con la misma intensidad ni a lo largo de todo el proceso. Así, habría tres momentos donde particularmente se espera que ellas se muestren emotivas: ante la visión fetal en la primera ecografía (Montes et ál., 2009), tras el parto en los primeros días del nacimiento de la criatura y ante la lactancia materna. En estos momentos, uno de los registros más valorados es el llanto como manifestación de la alegría y felicidad que viven. Estas emociones, subrayamos, se describen como naturales, pues proceden del instinto maternal. Como ejemplo descubrimos a Hortensia, joven de 30 años, en su segundo embarazo, de Madrid:

Estoy muy feliz, aunque nos educaron para tener unos estudios y un trabajo, para que fuéramos libres al decidir parejas, pero la verdadera fuente de la felicidad es ser madre, lo que realmente nos realiza en esta vida es estar con nuestras criaturas, al atenderlas nos vamos haciendo.

A la par también se revelan mujeres que manifiestan sus contradicciones con este orden pautado de lo emocional, donde lo vivido no se corresponde con lo esperado, como explica Cristina, de Tarragona: "Tenía que estar contenta y feliz porque voy a tener un hijo, ¿no? Pues no, estoy como... ¡yo qué sé! Como insípida. Mitifican mucho el embarazo". Y Natalia, de Madrid, coincide en negar estas emociones:

Yo solo lloraba y me decía a mí misma: "¡esto no puede ser, ahora un hijo!", y cada vez me

sentía peor, porque parecía que no quería a mi hijo. Tenía que ser feliz, ¡iba a tener un hijo, con lo que cuesta ahora quedarte embarazada! Pero para mí no era lo que quería. Nadie lo entendía: tenía una pareja estupenda, estábamos muy bien y ¿por qué entonces no dejaba de llorar?

Al igual, algunas mujeres se cuestionaron durante el embarazo la existencia del instinto maternal, como Laura y Montse, de Tarragona: "Yo no tengo instinto de maternidad ni cosas raras de esas, ¡pues ya me saldrá! ¿No?". En nuestras investigaciones, "tener o no instinto", según la percepción de las propias mujeres, no estuvo relacionado con el deseo del hijo/a o la planificación del embarazo. Aunque a muchas de ellas no les suponía un problema el no sentirlo, otras preferirían tenerlo por considerar que podía ser un apoyo ante las dudas o contradicciones que se les plantearon.

Ante el nacimiento surgen también emociones múltiples que responden a estas pautas establecidas. Las mujeres, pero sobre todo las parejas de Tarragona, lo expresaron así: "Muy intenso, súper intenso. ¡No sé!, es que me parece que para explicarlo hay que vivirlo" (Roser); y el momento más emotivo: "Cuando nos dieron al niño. Todo lo de antes... ya se me ha olvidado, ¡cuando nos dieron al niño...! ¡Fue algo tan bonito! (pareja de Roser). En el primer encuentro con la criatura, para muchas mujeres es habitual el llanto, mezcla de liberación, agradecimiento y descarga de las tensiones del parto. Para sus parejas, el acompañamiento supuso, entre otras cosas, una espera tensa con sentimientos de inutilidad e impotencia ante sucesos en los que no podían intervenir.

A pesar del discurso uniforme que se pretende aportar sobre la plenitud de la vivencia de la maternidad, las mujeres constatan

las dificultades de las primeras semanas en su adaptación ante la lactancia materna y el cuidado de la criatura. Surgen otro tipo de emociones junto con la ambivalencia o conflicto respecto al amor porque:

Llega un momento que estoy tan cansada que lloraría. ¡Estás tan cansada que ya no eres tú! Yo no pensaba que dar el pecho fuera tan cansado, pensaba que era una cosa muy plácida. ¡Pero cansa! (Clara, Tarragona).

No estoy maravillada todo el día, y no me avergüenzo de decirlo. No me siento efusiva porque me está costando ¡muchos dolores de espalda!, ¡mucho agobio!, muchas noches... (Alicia, Tarragona).

Yo quería estar sola, ni siquiera quería estar con mi pareja, y que la familia se empeña en venir a verte, en que él estuviera contigo todo el rato, y que parece que eres una borde si no los quieres ver. [...] En el primero te callas mucho, lo pasas muy mal, todo el día sola en casa con el bebé en la teta, a veces no puedes ni preparar la comida. Le llamas para que pare en el bar de enfrente y traiga algo de comida. Él ni lo entiende (Sonia, Madrid).

También, en algunas entrevistas, ciertas mujeres reconocen la inseguridad y el miedo que encuentran ante el cuidado de la criatura en esta nueva etapa:

Cuando nos fuimos a casa, la niña empezó a llorar, parecía que tenía mucha hambre. Eran las 4 de la mañana, ¿a quién llamas? ¿Qué haces? Así que David fue a una farmacia y le dijeron que sería hambre, le dieron biberones. Nosotros no sabíamos nada, nadie te había dicho que te podía pasar esto (Paloma, Madrid).

Estas incertidumbres, dificultades y contradicciones las exponen en las entrevistas

abiertas cuando se ha establecido una relación de confianza con la investigadora. Algunas mujeres manifestaron lo bien que les había hecho la entrevista porque habían podido expresar sus malestares. Otras, comentaron que era la primera vez que trataban estos asuntos que tan mal les hacían sentirse y que no se atrevían a desvelar ni ante sus parejas ni ante otras personas de su entorno.

Cuando las mujeres expresan alguna queja a los y las profesionales, las respuestas, en la mayoría de los casos, consisten en recordarles los sentimientos positivos que produce la maternidad y la transitoriedad de estos malestares: "No te preocupes, verás como con el tiempo estás encantada"; "Si los hijos son lo más bonito de una mujer"; "Ya verás, si los hijos son una de las alegrías de la vida".

Esto es también compartido por el entorno de las mujeres, según lo manifestaron algunas personas en las consultas sanitarias: "¡Si ser madre es lo más bonito de una mujer! (Mujer mayor acompañante); o: "Yo no entiendo que las mujeres quieran ser como los hombres si ser madre y formar una familia es lo más importante" (hombre acompañante). Todo ello opera en la dirección de construir/mantener un mito, o más bien de transmitírsele ya fabricado a la mujer, algo que solo en algunas situaciones se corresponderá con la realidad.

Otras respuestas que encontramos en las profesionales fueron los juicios que se establecen. La mujer que presente un determinado tono emocional más cercano a la queja, a la ira o a la ansiedad, despierta la sospecha. Así lo expuso una enfermera de Madrid:

Te das cuenta enseguida, en cuanto entras en una habitación, por cómo hablan, por sus caras, de quién quería ese hijo, si la madre o

el padre. Ves de todo, desde mujeres que no querían ser madres y se han sentido obligadas, pero luego no quieren ni darles el pecho ni atenderles. En cambio, hay padres que se desviven.

En el carácter innato que se atribuye a las emociones maternas se olvida que son producto de una relación entre la criatura cuidada y las personas que la cuidan, puesto que "no hay ninguna esencia natural, innata, del ser madre, ni el apego filial es producto del parir" (Osorio, 1999: 68). Estas pueden ir surgiendo en algunas mujeres a medida que avanza su embarazo, en otras tras el parto, pero, sobre todo, en el progresivo contacto con la criatura y la actualización de habilidades propias para el manejo de dichas situaciones. En definitiva, el amor maternal es una construcción cultural desde la que se responsabiliza a las mujeres del cuidado de las criaturas como respuesta biológica naturalizada (Montes, 2007: 66), cuando el amor no sería el factor diferencial del cuidado y la crianza; como hemos constatado, todas las mujeres quieren y desean "lo mejor" para sus criaturas. Sin embargo, no todas parten de las mismas condiciones, ni tienen las mismas oportunidades, como también sostiene Ellen Lazarus (1988: 39).

Por otro lado, también encontramos algunas profesionales que reconocen el carácter cultural y progresivo de esta relación, como Julieta:

Yo, cuando veo a las mujeres, les pregunto cómo están para que dejen de sentirse tan culpables con lo que deberían sentir. Es difícil, claro, de repente tienes una cosa ahí fuera, que no es que no lo quieras, pero, claro, te quedas ahí parada, superada. Las mujeres no tienen instinto maternal, el instinto se va construyendo, y a veces se piensa que las

madres biológicas lo van a tener, y en realidad se necesita un tiempo.

Es más, aquellas mujeres que no exteriorizan las emociones de satisfacción, alegría y gozo ante su embarazo o maternidad son generalmente miradas con extrañeza e inmediatamente se pueden plantear dudas respecto a su voluntad de ser madres, su equilibrio hormonal o sobre la existencia de otros problemas. Se buscan razones que expliquen estas respuestas consideradas anómalas, ya que no encajan dentro de los esquemas socioculturales. De esta manera, se activan procesos de patologización de las emociones consideradas no "naturales" o "normales", como en el caso de la tristeza tras el parto². Se etiquetan bajo el diagnóstico de depresión puerperal, que sirve como un cajón de sastre de todas estas situaciones sin revisar las experiencias reales de las mujeres. Otra ideología que se maneja actualmente en el ámbito sanitario es que "las mujeres deben confiar en su naturaleza, en su interior está escrito lo que es mejor para ellas y para sus bebés" (Fernández del Castillo, 2006: 148), de forma que, si no sienten el supuesto vínculo que facilitará el cuidado a la criatura y la crianza, es que no han sabido buscar dentro de sí mismas. Entendemos que los modelos sociales que se emplean para referirse a la maternidad, más que estar centrados en las necesidades y expectativas de las mujeres, las conducen a desarrollar situaciones de culpabilidad, y a que estos sentimientos sean etiquetados como problemas o riesgos para su salud mental.

² Maroto (2004: 20) define la tristeza como un episodio de corta duración, caracterizada por algunos síntomas como el llanto o la inseguridad, y relacionada con el inicio de depresiones más graves.

Las respuestas sanitarias que se dan ante las mujeres que no hablan, no lloran, no se muestran alegres, se deben, como afirma Lutz (1990: 71), a que estas emociones se enmarcan e interpretan dentro de un contexto cultural y social, con valores, relaciones sociales y condiciones económicas determinadas. El modelo de maternidad sobre el que se apoya nuestra sociedad y se reproduce en el sistema de atención sanitaria es una ideología concreta de la maternidad, occidental y de género (Esteban, 2000: 223). Por ello, Sharon Hays (1998: 14-15) habla de la "maternidad intensiva" como un modelo actual que exige no solo atender a las necesidades de las criaturas, que, por otra parte, cada vez se presentan más costosas, sino, además, mantener un fuerte compromiso emocional por parte de las mujeres, lo que hace que vivan esta experiencia con una enorme cantidad de exigencias, y no tengan cabida otras emociones más allá de la felicidad y la alegría.

Esta construcción del amor materno, como la emoción central de la maternidad, obliga a las mujeres a eliminar y no transparentar otras como la ansiedad, la hostilidad, la inseguridad o la preocupación, la culpa o los conflictos, que se convierten en tabúes. Es decir, no se permite verbalizar o elaborar los pensamientos y los sentimientos negativos que pueden y, de hecho, acompañan a la maternidad. Esta prohibición social, la negación de otras emociones diferentes al amor, conduce a una autocensura de las propias mujeres y a un aislamiento emocional cuando disponen de experiencias diferentes a las que el modelo indica.

Ante este panorama brevemente dibujado, se puede afirmar que la maternidad es un asunto firmemente atravesado por lo emotivo, puesto que se conceptualiza desde emociones como el amor, la alegría y la felicidad,

y se espera que las mujeres las incorporen, las vivan, las expresen y las utilicen para dar sentido a esta experiencia y a todo lo que la rodea. A pesar de esta firme socialización, las mujeres describen sus vivencias también con emociones como la duda, la ira, el miedo, la decepción, la culpa, etc., que, aunque no permitidas, permean sus narrativas cuestionando la vigencia y legitimidad de estas visiones.

Las vivencias que las mujeres contemporáneas poseen de la maternidad arrastran aspectos del "modelo heredado de la maternidad" (Montes, 2007; Imaz, 2008; Blázquez, 2009), que, de acuerdo a las nuevas coordenadas sociales e históricas, son revisadas por las mujeres proponiendo nuevos significados y, de manera simultánea, haciendo pervivir algunos de sus aspectos.

Conclusiones

A la luz de lo enunciado, parece urgente revisar y preguntarse por el mantenimiento de este modelo hegemónico que normativiza la maternidad y modela a las mujeres para que vivan el ser madre desde esta presunta felicidad y jerarquía del amor. Desde este modelo, se sigue vinculando a las mujeres con lo emocional, que algunas autoras han destacado como la base de la dominación de las mujeres (Lutz y Abu-Lughod, 1990; Eichenbaum y Orbach, 1990; Lutz 1990; Comas d'Arge-mir, 1993), y las coloca como únicas responsables en la dedicación, el cuidado y la crianza de sus criaturas, en respuesta a la existencia de este instinto maternal "naturalizado", a su intuición femenina procedente de su biología, de su capacidad de embarazarse, parir y amamantar —lo que marca una visión diferencialista de los hombres y

las mujeres—. De lo contrario, se supone que aquellas mujeres que vivan su maternidad alejadas de estas emociones legitimadas no estarán dejando hablar a sus cuerpos y estarán haciendo un planteamiento más racional de su maternidad y sus vidas, alejado de lo femenino, que no ayudará al desarrollo de sus criaturas. En resumen, serán consideradas “malas madres” o “madres desnaturalizadas”.

La naturalización de estas vivencias y emociones de la maternidad, olvida que dependen tanto de la cultura como de las condiciones en que se encuentren las mujeres, como pueden ser la edad, la situación laboral, la clase social, la situación económica, las experiencias previas de maternidad propias y de su entorno, el tener pareja y el tipo de relación, el enfoque de la atención sanitaria, del parto, de lo que se ha aprendido —y está legitimado— socialmente, y no de la “naturaleza” y de lo “innato”. Entendemos

que “no hay nada ‘natural’ que haga a las mujeres más capaces de cuidar [...], incluso el amor y los sentimientos, que parecen tan espontáneos e instintivos, se aprenden” (Comas d’Argemir, 2000: 190), afirmación que también fue cuestionada por Scheper-Hughes (1997: 329), mostrando cómo el amor maternal es una experiencia construida.

Por consiguiente, planteamos que es preciso actualizar y hacer visibles la pluralidad de vivencias y sentimientos que relatan las mujeres al transitar por la maternidad, como hemos hecho en nuestras etnografías, al igual que otras colegas como Imaz (2008). Con ello esperamos que se ayude a desvelar las naturalizaciones y esencialismos que permanecen en nuestros entornos sociales y sanitarios, que tejen nuestras visiones y experiencias, y que no solo excluyen a los hombres de la maternidad, sino también a todas aquellas mujeres que no las compartan o sientan de esta manera.

Bibliografía

- BADINTER, Élisabeth (1991) *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*, Barcelona, Paidós.
- BLÁZQUEZ, Maribel (2009) *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*, tesis doctoral, Universidad Rovira i Virgili de Tarragona, <http://www.thesisenxarxa.net/TESIS_URV/AVAILABLE/TDX-1013109-125408//BLAZQUEZ.pdf> [en línea].
- (2010) “Del enfoque de riesgo al enfoque fisiológico en la atención al embarazo, parto y puerperio. Aportaciones desde una etnografía feminista”, in M. L. ESTEBAN; J. M. COMELLES; C. DÍEZ MINTEGUI, *Antropología, género, salud y atención*, Barcelona, Bellaterra, 209-231.
- COMAS D’ARGEMIR, Dolors (1993) “Sobre el apoyo y el cuidado. División del trabajo, género y parentesco”, in X. ROIGÉ (coord.) *Perspectivas en el estudio del parentesco y la familia. VI Congreso de Antropología*, La Laguna, Asociación Canaria de Antropología, 65-82.
- (2000) “Mujeres, familia y Estado de bienestar”, in T. DEL VALLE (ed.) *Perspectivas feministas desde la antropología social*, Barcelona, Ariel, 187-204.
- EICHENBAUM, Louis E.; ORBACH, Susie (1990) *¿Qué quieren las mujeres?*, Madrid, Revolución.

- ESTEBAN, Mari Luz (2000) “La maternidad como cultura”, in E. PERDIGUERO; J. M. COMELLES (comps.) *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Bellaterra, 207-226.
- ESTEBAN, Mari Luz; MEDINA, Rosa; TÁVORA, Ana (2005) “¿Por qué analizar el amor? Nuevas posibilidades para el estudio de las desigualdades de género”, in C. DÍEZ MINTEGUI; C. GREGORIO (coord.) *Cambios culturales y desigualdades de género en el marco local-global actual. Actas del X Congreso de Antropología*, Sevilla, FAAEE; Fundación El Monte; ASANA, 207-223.
- FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, Isabel (2006) *La revolución del nacimiento*, Barcelona, Granica.
- FERRO, Norma (1991) *El instinto maternal o la necesidad de un mito*, Madrid, Siglo XXI.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (1998) *Protocols del Seguiment de l'Embaras a Catalunya (PSEC)*, Barcelona, Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- (2003) *Protocol d'Assistència al Part i al Puerperi i d'Atenció al Nadó(PAPP)*, Barcelona, Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- HAYS, Sharon (1998) *Las contradicciones culturales de la maternidad*, Barcelona, Paidós.
- IMAZ, Elixabete (2008) *Mujeres gestantes, madres en gestación. Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas*, tesis doctoral, San Sebastián, Universidad del País Vasco.
- JIMENO, Myriam (2004) *Crimen pasional: contribución a una antropología de las emociones*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- JUAN, Montserrat (1991) “Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción”, *REIS*, 53: 29-51.
- LAZARUS, Ellen (1988) “Poor women, poor outcomes: social class and reproductive health”, in K. MICHAELSON, *Childbirth in America: Anthropology perspectives*, South Hadley Mass, Bergin and Garvey, 39-54.
- LUTZ, Catherine (1990) “Engendered emotions: Gender, power, and the rhetoric of emotional control in American discourse”, in C. LUTZ; L. ABU-LUGHOD (eds.) *Language and the politics of emotion*, Nueva York, Cambridge University Press, 69-91.
- LUTZ, Catherine; A. ABU-LUGHOD, Lila (1990) [eds.] *Language and the Politics of Emotion*, Nueva York, Cambridge University Press.
- MAROTO, Gracia; GARCÍA, María del Mar; MATEO, Inmaculada (2004) “El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias”, *Gaceta Sanitaria*, 18 (supl. 2): 13-23.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL (2007) *Estrategia de Atención al Parto Normal*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- MONTES, M^a Jesús (2007) *Las culturas del nacimiento: representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*, tesis doctoral, Universidad Rovira i Virgili de Tarragona, [en línea] <www.tdx.cat/TDX-0607107112247/MicrosoftWord/COMPLETOlasculturasdela.pdf>.
- MONTES, M^a Jesús, et ál. (2009) “Tecnología médica en el embarazo. Usos y representaciones”, *Periferia, Revista de Recerca i Formació en Antropología*, 11: 1-17, [en línea] <http://antropologia.uab.es/Periferia/Articles/5-tec_embarazo.pdf>.
- MOORE, Henrietta (1996) *Antropología y feminismo*, Madrid, Cátedra.
- NAROTZKY, Susana (1988) *Trabajar en familia. Mujeres, hogares y talleres*, Valencia, Alfons el Magnànim.
- NASH, Mary (2000) “Maternidad, maternología y reforma eugénica en España. 1900-1939”, in G. DUBY; M. PERROT, *Historia de las mujeres. El siglo XX*, Madrid, Taurus, 687-703.
- ODENT, Michel (2007) *La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad*, Tenerife, OB STARE.
- ORTIZ, Teresa (2006) *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*, Oviedo, KRK.

OSBORNE, Raquel (1993) *La construcción sexual de la realidad*, Madrid, Cátedra.

OSORIO CARRANZA, Rosa María (1999) "Antropología del género y antropología médica: convergencias posibles y necesarias", *Ankulegi*, nº especial: 62-70.

SCHEPER-HUGHES, Nancy (1997) *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*, Barcelona, Ariel.

TUBERT, Silvia (1996) "Introducción", in S. TUBERT (ed.) *Figuras de la madre*, Madrid, Cátedra, 7-37.

Gako-hitzak: antropologia, amatasuna, osasun-laguntza, emakumeak, emozioak.

Laburpena: "Ene! Ama izatea da emakume izatearen gauzarik politena!" da haurdun dagoen emakume baten aurrean sarrien entzuten dena. Senide eta lagunei ez ezik, prozesu horretan laguntzaile diren osasun arloko langileei ere entzuten zaie. Amatasunaren inguruko ikuspegi soziokultural nagusiak islatzen dituzte, eta beren esperientziei zentzua emateko emakumeek erakutsi, bizi eta erabili behar dituzten emozioen inguruan orientatzeko sozializazio-mekanismoak dira. Gure ikerketetan, emakumeen emozio askotarikoak erakusten dituzten egoerak bildu ditugu, eta beste esanahi batzuk ematen dizkiete horietako batzuek amatasunari eta horrek emakumeen bizitzan duen funtzioari.

Keywords: anthropology, motherhood, health care, women, emotions.

Abstract: "Ay! Motherhood is the most beautiful event in a woman's life!" This is one of the commonest expressions that can be heard when a woman is pregnant. These expressions are articulated by family, relatives as well as by health professionals. They mirror hegemonic socio-cultural understandings about motherhood. They act as a mechanism of socialization that dictates how women should feel and define which emotions are appropriate to make sense of their experiences. This paper is based on our PhD projects and it examines the multiple ways in which women experience motherhood. We reflect on how some emotional experiences diverge from prescribed cultural norms and assumptions about motherhood, by doing so women are advocating for alternative models of motherhood.