

Factores sociales y culturales vinculados con el tipo de parto en mujeres de Morelos

Social and cultural factors linked to the type of delivery in women of Morelos

Karina Atayde M.¹ y Luz María González R.²

Resumen: El parto consiste en un mismo proceso fisiológico, pero éste es experimentado de diversas maneras según la cultura de cada mujer. El número de cesáreas en el mundo se ha incrementado exponencialmente. La investigación trata sobre las preferencias de las mujeres por elegir el tipo de parto y los factores que inciden en su decisión. Mediante una investigación de carácter cualitativo, de corte sociológico, con el uso de entrevistas a profundidad. Basándose en el concepto de habitus de Bourdieu. Concluyendo que se puede favorecer la salud de las mujeres a partir de la consolidación de determinado habitus.

Abstract: Childbirth consists of the same physiological process, but it is experienced in different ways according to the culture of each woman. The number of caesarean sections in the world has increased exponentially. The research deals with the preferences of women for choosing the type of delivery and the factors that influence their decision. Through a qualitative research, sociological, with the use of in-depth interviews. Based on Bourdieu's habitus concept. Concluding that it is possible to favor the health of women from the consolidation of determined habitus.

Palabras clave: Parto; cesárea; habitus; capital cultural; capital social

Introducción

La presente ponencia ofrece el proceso de construcción y resultados de dos años de investigación para la presentación del grado de Maestría en Ciencias Sociales. Dicha investigación se encuentra ya concluida y tuvo como objetivo analizar el conjunto de condiciones, estructuras y funcionamientos de los capitales físico, económico, cultural, social y simbólico —entendidos desde la perspectiva de Pierre Bourdieu— que influyen en el tipo de parto de mujeres que habitan en el estado de Morelos.

¹ Doctorante en Ciencias Sociales, Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), Facultad de Estudios Superiores de Cuautla (FESC). Líneas de investigación, Ciencias Sociales, Salud, género, maternidades. Correo electrónico kxamm@yahoo.com.mx.

² Doctora en Ciencias de la Salud Pública Salud pública, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Líneas de investigación, ciencias sociales en salud; sistemas, políticas y servicios de salud e investigación educativa. Correo electrónico luz.gonzalez@uaem.mx.

Como parte de la contextualización se observa que, si bien el parto consiste en un mismo proceso fisiológico, éste es experimentado de diversas maneras según la época y la cultura en la que se presenta para cada mujer. Desde la década de los años ochenta hasta la actualidad, el número de cesáreas en el mundo se han incrementado exponencialmente. En países de ingresos medios y bajos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso como límite superior 15% de los nacimientos por cesáreas (World Health Organization, 1985). Ya desde esa época empezaba la preocupación por comprender las razones por las cuales diversos países de América Latina y del mundo superan por mucho dicho porcentaje. En 2014 la OMS declaró que México era el país con más cesáreas en el mundo.

El presente trabajo ofrece una investigación desde el caso del estado Morelos, sobre las preferencias de las mujeres por elegir el tipo de parto, los factores que inciden en su decisión y si efectivamente eligen o no en torno a cómo tiene que ser su proceso de alumbramiento. Para lo cual se llevó a cabo una investigación de carácter cualitativo, de corte sociológico, mediante observación y entrevistas a profundidad. Basándose en el andamiaje teórico ofrecido por el concepto de *habitus* de Pierre Bourdieu constituido por el análisis de los capitales: social, cultural, físico, económico y simbólico, que funcionan como los ejes teóricos que atraviesan el proceso de entrevista a las mujeres. Y, en segundo lugar, utilizando el concepto de “apoyo social” vinculado a los antecedentes de las mujeres y especialmente del momento del embarazo y parto.

Ante el incremento masivo de las cesáreas y sus implicaciones, resulta imprescindible la reflexión sociológica de las condiciones en las que las mujeres dan a luz. El nacimiento humano tiene un capital social diverso que con formas distintas es compartido independientemente de la nacionalidad o cultura de pertenencia, que los constituye y determina a través de la interacción social y que en su conjunto sienta las bases para el momento del nacimiento. ¿Quién determina tales bases? ¿quién dice cómo será la interacción de ese momento? ¿quién conforma tal interacción? ¿qué es lo que determina o domina precisamente en ese momento? Son algunas de las cuestiones que se exploran en esta investigación desde la percepción de las mujeres entrevistadas con base en las siguientes conceptualizaciones teóricas.

Abordaje teórico

La investigación y el trabajo empírico se basaron en dos pilares teóricos:

En primer lugar, se partió del abordaje del *habitus*, en tanto concepto elaborado por Pierre Bourdieu, en el que se encuentra condensado el conjunto de capitales de las mujeres, mismos que se despliegan en un campo específico de acción que tiene también su propio peso. Al mismo tiempo, comprendiendo de manera bidimensional las relaciones de poder y las relaciones de sentido (Fernández, 2013).

En segundo lugar, se utilizó el concepto de apoyo social que, si bien está muy vinculado con el capital social que forma parte del *habitus* en Bourdieu, para éste es un elemento conformante del concepto central de *habitus*. Cabe señalar que para la presente investigación tuvo sentido observar de manera más amplia y detallada dicho concepto, tal y como lo han hecho los autores que han abordado el concepto de apoyo social.

Pierre Bourdieu considera al *habitus* como el conjunto de esquemas generativos a partir de los cuales los sujetos perciben el mundo y actúan en él; como un “esquema” de actuar, pensar y sentir vinculado a una determinada posición dentro de la sociedad

Bourdieu (1998) refiere que “los estilos de vida son productos sistemáticos de los *habitus*” y considera a éste en dos sentidos: como una “estructura estructurada” en tanto que es producto del hecho de pertenecer a una clase social, es parte de la división de las clases sociales y, por otra parte, la considera como “estructura estructurante”, en tanto que “organiza las prácticas y la opinión de las prácticas”. Considera que “cada condición está definida, de modo inseparable, por sus propiedades intrínsecas y por las propiedades relacionales que debe a su posición en el sistema de condiciones”. Además de esta condición incluyente, Bourdieu observa también un “sistema de diferencias”, todo lo que no se es o se opone, dice que “la identidad social se define y se afirma en la diferencia”

El concepto de *habitus* para efectos de la presente investigación fue útil para poder observar, precisamente, el conjunto de condiciones, estructuras y funcionamientos particulares en los que se desenvuelven las mujeres y de qué manera el mismo las lleva a elegir —o no— el tipo de parto que tendrán, considerando la estructura social, familiar, sus dimensiones subjetivas y sus condiciones objetivas cristalizadas en el *habitus* de cada mujer. La presente investigación ha explorado las afinidades y diferencias que constituyen su sistema, así como la manera en que las influye y determina. También se ha explorado en las condiciones del momento en el que las mujeres se encuentran en contacto con el médico o la partera, la manera en que ahí se establecen

las relaciones e interacciones entre ellos. Lo que ocurre cuando el *habitus* de la mujer interactúa con el *habitus* del médico o la partera dentro de un campo de poder específico ya sea un hospital, un lugar para parto o su propia casa. Ya que tal observación da cuenta del *habitus* con el que cada uno de los “personajes” se presenta y cuál es el resultado al momento de la interacción y que tanto éste resultado se encuentra vinculado con el tipo de parto.

Es decir, la mujer se presenta con un *habitus* determinado ante un médico o partera que también posee un *habitus* propio. Ambos, entran en un proceso de interacción dentro de un campo determinado que no es neutro.

En relación a los capitales considerados para la investigación fueron vistos de la siguiente manera. En primer lugar, en relación a:

El capital económico

En cuanto al capital económico con el que se presenta la madre en el campo médico, comienza antes de llegar al campo médico específico, en el momento preciso del parto; ya que para ese momento la mujer tuvo ya que haberse posicionado ante su condición económica específica, haciendo un análisis somero o profundo, resumido en qué es lo que ella puede pagar, considerando que la mujer, además de sus recursos individuales, puede contar con el apoyo de su pareja o de la familia extensa o alguna otra configuración que pueda incidir en su condición económica para ese momento. El hospital al que acudirá, el médico o partera que atenderá su parto y los demás espacios en los que llevará el seguimiento encaminado al parto han sido previamente determinados por el capital económico con el que cuenta la mujer. Aquí la variación no es generalizable. Es por ello que ha sido de interés de la presente investigación explorar el capital económico de las mujeres entrevistadas y ver en qué sentido ha tenido vinculación con el tipo de parto en los casos en que resulta significativo para su derrotero.

El capital cultural

Acerca del capital cultural con el que se presenta una mujer al momento del parto en el campo médico puede ser, como en el caso económico, también múltiplemente determinado. Sin embargo, existen consideraciones de capital cultural que sí son generalizables y correspondientes con la época presente. Bourdieu expone en su teoría una diferenciación de capitales culturales en

dos sentidos, el capital cultural institucionalizado y el capital cultural interiorizado; el segundo más apegado a su conceptualización de *habitus* (Bourdieu, 1994). Las preguntas del presente estudio están enfocadas más a comprender el capital cultural interiorizado por las mujeres entrevistadas y el peso que el mismo ha tenido en su tipo de parto sin dejar de considerar el peso que el capital cultural institucionalizado.

El capital cultural interiorizado

El capital cultural interiorizado permite observar que el capital cultural manifiesto de la persona individual, aquí, refleja también un capital cultural con cierta generalidad social que, si bien no llega a ser completamente homogénea, sí se muestra con pocas variantes personales y una directa vinculación con el capital social. El capital cultural con el que la mujer llega al campo médico es de particular interés porque es una determinación que tiene efectos directos en beneficio o en perjuicio de los resultados efectivos. Particularmente en el hecho de que la resolución final sea cesárea o parto (González, Pérez, 2001). Así como también las prácticas culturales que le han sido transmitidas e interiorizadas en relación al momento del parto y que pueden variar de una sociedad a otra. El capital cultural incluye también las prácticas culturales asociadas al parto en determinada sociedad. Las formas locales de conocimiento que en muchos casos son una combinación entre prácticas propias del espacio tradicional, la recepción que las personas de prácticas ofrecidas por las instituciones de salud y el sincretismo particular y concreto que las mujeres hacen de estas dos dimensiones. Principalmente en la observación de la significativa asociación de un parto como el esperado y procesos educativos de las mujeres.

Capital social

Para Bourdieu (1985), es en el contexto de las relaciones, de las redes sociales, donde un actor se puede movilizar en beneficio propio; en este contexto, Bourdieu define capital social como "El agregado de los recursos reales o potenciales ligados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de reconocimiento mutuo".

En ese sentido, tal concepto ha sido central en la presente investigación pues a partir de su observación y su vinculación con el concepto de "apoyo social" ha permitido explorar dentro de los recursos de las mujeres y la manera en que construyen redes que transforman en un sentido u

otro sus rumbos en torno al tipo de parto. Así como sus procesos de identidad y construcción personal y social.

Como capital social se observaron las relaciones personales de las mujeres, las relaciones con las que han contado a lo largo de su historia personal, la influencia que éstas han tenido en su historia. Las relaciones personales con las que cada mujer cuenta también en la medida en la que dichas relaciones han constituido una red que forma parte del capital social de cada mujer. Así como también la manera en que tal capital social se ha acumulado y cómo favorece o dificulta el despliegue del apoyo social al momento del embarazo y parto. La figura de la madre, de la familia, de las amistades, especialistas y profesionales etcétera.

El concepto de Apoyo Social

El capital social que he referido desde la perspectiva de Bourdieu puede entenderse como un cúmulo de presencias o ausencias que se ha cristalizado en cada mujer. Mientras que el concepto de apoyo social fue útil para observar lo social, más que de manera acumulativa, como la actividad o inactividad, la presencia o la ausencia práctica ocurrida o no en el momento del trabajo de parto; que, si bien tendrá alguna relación con el capital social acumulado por la mujer a lo largo de la historia, no necesariamente será el mismo en el proceso de labor de parto y en el parto mismo.

El abordaje del concepto de Apoyo Social para la presente investigación

Para estudiar el proceso de embarazo y parto, resultó útil observar el concepto de “apoyo social” y la manera en que éste se lleva a cabo en el proceso de decisión de las mujeres, así como también observar qué partes de la red de apoyo social se encamina en un lado o en otro y qué grado de influencia tienen en las mujeres. ¿Cómo la red de apoyo social funciona en mayor o menor medida para favorecer un parto mediante cesárea o un parto vaginal?

Para este estudio se tomó en cuenta, la disponibilidad de apoyo por parte de otras personas con la que cuentan las mujeres durante el proceso de embarazo y especialmente en los momentos en que toma una determinación acerca del tipo de parto que tendrá dicha mujer, las personas que coadyuvaron a la decisión, la medida en que dichas personas determinaron o no la decisión final del momento del parto, tomando en cuenta la intervención de la presencia o ausencia de sujetos

que cumplen roles sociales, como una pareja, la madre, la familia y el médico como principales agentes de la red de apoyo social.

Metodología

Tipo de estudio

La presente investigación realiza un estudio de carácter exploratorio de dicha situación, utilizando métodos de recolección de datos y análisis cualitativos a través de casos de mujeres que nos permitieron conocer su opinión, lo que ellas sienten, piensan y observan en sí mismas ante tales experiencias. Lo cualitativo está relacionado también con lo microsocioal, que busca observar sus interacciones, significados y sentidos (Tarrés, 2008), es en ese sentido que se orientó la exploración durante las entrevistas.

Población y perfil de la muestra

La muestra se determinó en dos etapas principales. En la primera se seleccionaron las localidades y en la segunda las informantes. La población de interés de la investigación se concentró en mujeres que habitan en el estado de Morelos por considerar que es un espacio diverso donde convergen mujeres de espacios sociales más cercanos a un espacio rural y también mujeres cercanas a un espacio ciudadano; de ahí que los espacios elegidos fueran la ciudad de Cuautla y de Tepoztlán. La selección de las informantes se realizó mediante un muestreo de tipo teórico o intencionado (Tarrés, 2008) por así convenir a la investigación bajo los siguientes criterios: mujeres con hijos; primíparas o no, que hubieran tenido hijos en los últimos cinco años, nativas o no de Morelos y que se encontraran viviendo en las localidades seleccionadas al momento de la entrevista. Además, mujeres que hubieran parido mediante parto vaginal y parto por cesárea, para dar cuenta de la diversidad del fenómeno. La selección del tamaño de la muestra fue por conveniencia, apegado a la saturación teórica (Ardila, 2013) guardada con las entrevistadas al momento de desarrollar el trabajo de campo.

Análisis de datos

Con la información procesada.

- 1) Se relacionaron las categorías entre sí con los fundamentos teóricos de la investigación.
- 2) Se relacionaron los resultados de las entrevistas a partir de la observación de convergencias y divergencias entre ellas.
- 3) Se buscaron elementos emergentes en los casos.
- 4) Se analizó y comparó la información para observar y exponer los patrones encontrados.
- 6) Se procedió a la redacción expositiva de resultados y análisis a partir del referente teórico.

Resultados de la investigación

Los resultados se han agrupado en unidades hermenéuticas de acuerdo a los criterios teóricos referidos: 1) capital social, 2) capital físico, 3) capital económico, 4) capital cultural, 5) capital simbólico y 6) apoyo social, a fin de analizar, presentar el material recopilado y dar cuenta de los factores sociales y culturales vinculados con el tipo de parto en mujeres de Morelos, acerca de lo que se encontró en el trabajo de campo vinculado a cada una de las categorías teóricas, a cada uno de los capitales que conforman el *habitus* de las mujeres y al concepto de apoyo social; para responder a la pregunta y objetivos del estudio.

Perfil de las informantes

Se entrevistaron un total de nueve mujeres, con un promedio de edad de 36 años al momento de la entrevista. La edad en la que tuvieron a sus hijos se encuentra en un rango entre 30 y 40 años, exceptuando una de las mujeres entrevistadas cuyo primer embarazo ocurrió a los 12 años. En promedio cada mujer tiene 2 hijos con un rango entre 1 y 5 años.

De las mujeres entrevistadas, cuatro son originarias de la Ciudad de México, una del Estado de México, otra de Cuautla y tres de Cuernavaca. Su lugar actual de residencia es el estado de Morelos, específicamente los municipios de Cuautla y Tepoztlán; lo cual muestra que la mitad de las mujeres entrevistadas tienen un lugar de origen distinto al de residencia actual. Dos de ellas refirieron cambiar su lugar de habitación (la Ciudad de México) por razones de trabajo y dos de ellas reportaron haber salido para mejorar su calidad de vida (calidad de aire,

reducción del estrés, entre otros). En cuanto al estado civil de las informantes, resalta que ocho de las nueve mujeres viven en unión libre y solamente una de ellas refirió estar casada.

El nivel educativo de dichas mujeres es heterogéneo. Tres mujeres cuentan con educación básica, una con educación media, cuatro con educación superior y una con maestría. En cuanto a su ocupación, al momento de las entrevistas se encontró que más de la mitad de ellas se dedican al hogar, tres son empleadas domésticas y una se desempeña en el sector formal como administradora. Se observó, que, pese a que más de la mitad de las informantes tienen un alto nivel educativo respecto al promedio de las mujeres de la región, en su mayoría se dedican al hogar, mientras que las informantes con menor nivel de formación (educación básica) sí tienen un empleo fuera del hogar, mayoritariamente como empleadas domésticas. Dos de las tres mujeres que se desempeñan como empleadas domésticas, tienen el mayor número de hijos respecto a las otras mujeres de la muestra (cuatro y cinco respectivamente).

En cuanto a la disponibilidad de aseguramiento en salud, la mayoría de las informantes no cuenta con ningún seguro de salud, pero tampoco manifestaron interés en buscarlo. Las mujeres que se atendieron en instituciones públicas por contar con un seguro de salud, fueron las de menores recursos económicos y menor nivel educativo; mientras que las mujeres con mayores ingresos prefirieron utilizar servicios de salud privados (sus parejas o familiares cubrieron los gastos médicos o, en su caso, los honorarios de la partera). Un caso de excepción fue la mujer con el nivel más alto de educación (maestría) quien sí hizo uso de los servicios que le ofrecía el seguro social pues residía en Estados Unidos y ahí ofrecían servicios de parto con una partera profesional como era su interés. En la muestra de mujeres entrevistadas, se observó, de manera generalizada, una resistencia al uso de los hospitales, en particular de hospitales públicos por considerarlos con servicios de mala calidad o con capacidad insuficiente para atenderlas, especialmente en relación al trato personal ofrecido por las instituciones de salud.

Capital social

Encontramos que el capital social es muy importante para el tipo de parto que viven las mujeres ya que cuando aprenden de otras mujeres, reciben apoyo en cursos previamente al parto, tienen apoyo de otras mujeres y de su pareja, las mujeres toman mayor control sobre su preferencia y elección del tipo de parto y van generando condiciones más apropiadas para lograr el parto que

quieren.

Cabe señalar que aun cuando la figura de una mujer se muestra como rectora de la influencia de la preferencia por el tipo de parto entre las mujeres entrevistadas, dicha figura tiene diferencias claras entre ellas mismas. Como ejemplo, refiero el caso de una de las mujeres residente de Cuautla con 37 años de edad quien considera que su mayor influencia han sido sus amigas como se aprecia en el siguiente relato:

“ (...) Tengo amigas mayores que yo, que ya habían tenido hijos. Sobre todo, por ellas tenía información... había aprendido de mis amigas, tanto lo positivo como lo negativo de lo que les había pasado. Todo eso fue para mí de mucho aprendizaje" (PN-ME-1).

Otras mujeres, en cambio, recibieron consejos más relacionados al vínculo con el médico y la forma en que ella debía comportarse durante el parto, como se muestra en el testimonio de una mujer de 31 años de edad, residente de Tepoztlán:

“Mi mamá me decía no grites, no te pongas ahí loca porque no te van a atender o se van a portar groseros. Entonces, yo dije, pues no me voy a poner así” (C-ME-2)

Apoyo social

Se ha considerado en la investigación el tipo de apoyo recibido que cuando incluye conocimiento, trabajo durante el proceso de embarazo físico/emocional, cuando las recomendaciones recibidas son específicas y consideran como importante el tema del estrés, la respiración y el espacio adecuado al parir (según las preferencias específicas de cada mujer y la conciencia que ésta tenga sobre sus propias necesidades al respecto), está asociado con el parto elegido: parto natural en todos los casos.

Se encontró relación importante entre el tipo de parto y el apoyo social, brindado por las parejas, círculos de mujeres, grupos de trabajo físico y emocional preparatorios para el parto. Las mujeres que tuvieron un parto vía vaginal (en esta muestra) contaron con una amplia red de apoyo que les aportó el conocimiento particular a cerca del parto, mismo que una de ellas refiere diciendo que su grupo de amigas, que ya habían tenido hijos, y que la acompañaron durante el

embarazo y el momento del parto proveyéndole conocimiento, dándole acceso a libros, experiencias y en el momento otorgándole diversos recursos a través de prestarle pelotas, colchonetas y otros implementos para que desarrollara su trabajo de parto lo cual hizo que se sintiera acompañada y comprendida (PN-ME-1).

Capital físico

Se observó que existe relación entre el tipo de parto que tuvieron las mujeres y la presencia de enfermedades previas al embarazo o durante su desarrollo. Sin embargo, la elección de determinado tipo de parto por parte de las mujeres parece no ser determinado por tener una enfermedad o problema físico. Con relación al dolor que perciben, varía más que por su condición de salud-enfermedad por su condición de calma o tensión, por condiciones de confianza y conocimiento del proceso que están viviendo. Aquí el hallazgo coincide con otros estudios y resultó útil para las mujeres el tener una conciencia y trabajo físico y/o psíquico en torno al tema del dolor pues quienes lo trabajaron refirieron tener experiencias sin dolor o con poco dolor como se muestra en expresiones como: “una sensación de cólicos”, “esperaba que fuera más doloroso”, “sensación de presión”. El trabajo sobre el mismo en la muestra dio como resultado experiencias con menos dolor.

Capital económico

Encontramos que las mujeres que contaron con mejores condiciones económicas, tuvieron mayores posibilidades de elegir el tipo de parto, mientras que las que tuvieron menos recursos vieron disminuida la posibilidad de elección del parto. Determinado nivel socioeconómico les permitió también acceder a una mayor información. Aunado a la relación positiva entre mejores condiciones económicas y posibilidad de elegir el tipo de parto, tener mayores recursos económicos también les permitió hacer un “plan de parto”.

Como parte del capital cultural de las mujeres se observó que las creencias de éstas las llevan a decidir determinado tipo de parto, si otras mujeres les han dicho que es positivo tener un parto natural, buscarán tenerlo, si son mujeres que han conocido experiencias negativas en los hospitales buscan alejarse de ellos. La diferencia cultural determina de manera general dos *habitus*, dos maneras de comportarse muy diferentes cuando éstas encuentran, ya sea a través de

la relación con otras mujeres o a través del conocimiento en cursos o apoyo de médicos o parteras, con un conocimiento puntual del proceso de parto y la necesidad de reducir el estrés y toman el proceso en sus manos y deciden. Mientras que cuando no hay un conocimiento puntual del proceso y no se apropian del mismo, sino que éste discurre con poca conciencia del mismo las mujeres se presentan más expuestas.

No es obligado que una mujer que conoce todo el proceso del embarazo y parto y las condiciones más favorables para el mismo necesariamente tenga el tipo de parto que busca, pero sí se pudo observar en la muestra de informantes que las mujeres que han llegado a un proceso práctico de formación para el parto tienen más posibilidades de elegir y construir su proceso de embarazo y parto que ellas buscan. En algunos casos el conocimiento pasa de una mujer a otra, de madres a hijas o, ahora, además, se encuentran grupos de mujeres dedicados a apoyar a otras mujeres en ese proceso con resultados favorables como fue el caso de algunas de las mujeres de la muestra.

Capital simbólico

La serie de referencias llevada a cabo por las mujeres da cuenta un capital simbólico colectivo, con un carácter negativo en relación al trato que se recibe en las instituciones médico hospitalarias, que ha sido significativo para sus propias elecciones en cuanto a su tipo de parto. Son símbolos y experiencias, que van compartiendo con otras mujeres, con hijas, con familiares, etcétera y que va permeando socialmente construyendo imágenes, expectativas y opiniones. Éste (el capital simbólico), ha sido el único aspecto teórico en el que el 100% de las mujeres entrevistadas ha confluído. La legitimidad biomédica con la que cuenta el campo médico-hospitalario, a la par del descrédito llevado a cabo en el trato cotidiano a la mujer han constituido la opinión negativa de las mujeres.

El *habitus* de las mujeres en los resultados de la investigación

El concepto de *habitus* en la presente investigación tiene un nivel más abstracto que los conceptos de cada uno de los capitales, al mismo tiempo que éste los contiene. La unificación o suma de los capitales arriba señalados dan cuenta del *habitus* de cada mujer y, a su vez, de la estructura en la que ellas se encuentran contenidas. En los resultados de la investigación se

encontraron mujeres que, aunque están en lugares diferentes de la estructura social, pueden llegar a un mismo punto, a saber, a lograr un parto como el que buscaron o no —según los resultados de la presente investigación— por compartir un mismo *habitus*.

Por lo que el *habitus*, consiste aquí, en un capital social positivo, mediante el cual más allá de las cuestiones meramente técnicas requiere que, a lo largo de distintas etapas de la vida —pero especialmente durante el embarazo— la mujer cuente con apoyo de personas, que las personas que en su entorno emitan opiniones sobre su proceso sean mayormente enriquecedoras o positivas, que le ofrezcan conocimiento sobre las necesidades físicas y emocionales óptimas requeridas para un momento así, que tenga conocimiento de su propio nacimiento y que pueda tener algún tipo de trabajo personal sobre el mismo.

En referencia al capital físico —según los resultados de la investigación—, requiere que la mujer tenga conocimiento sobre su propia salud sexual (su menstruación, por ejemplo); que conozca a detalle lo que va a ocurrir con su cuerpo en ese momento, las condiciones físicas que requiere, los efectos físicos que las emociones tienen sobre su cuerpo; así como observar la conciencia que tienen de su propio cuerpo y mejorar la vinculación con el mismo. Esto resulta a partir de observar las experiencias de las mujeres que consideradas como parte de su *habitus* pueden conformar una condición física más positiva. El capital económico aquí queda considerado, sí como parte del *habitus*, pero más en su aspecto correspondiente a la estructura que a un aspecto subjetivo que estas puedan modificar.

El capital cultural se encontró vinculado a su propio capital simbólico y ha mostrado tener una relación intrínseca al momento de la elección del tipo de parto, a partir del cual las mujeres buscaron tajantemente otro espacio distinto al hospitalario. En este sentido el *habitus* de las mujeres va más allá de sus condiciones económicas y se encuentra más ligado a un *habitus femenino*, resultado de la interacción y consejo que va de una mujer a otra a partir de vínculos sanguíneos o de relaciones de confianza. Y que se va a ver cristalizado en el momento mismo en que comienza el trabajo de parto en el apoyo social que las mujeres buscan y reciben o no.

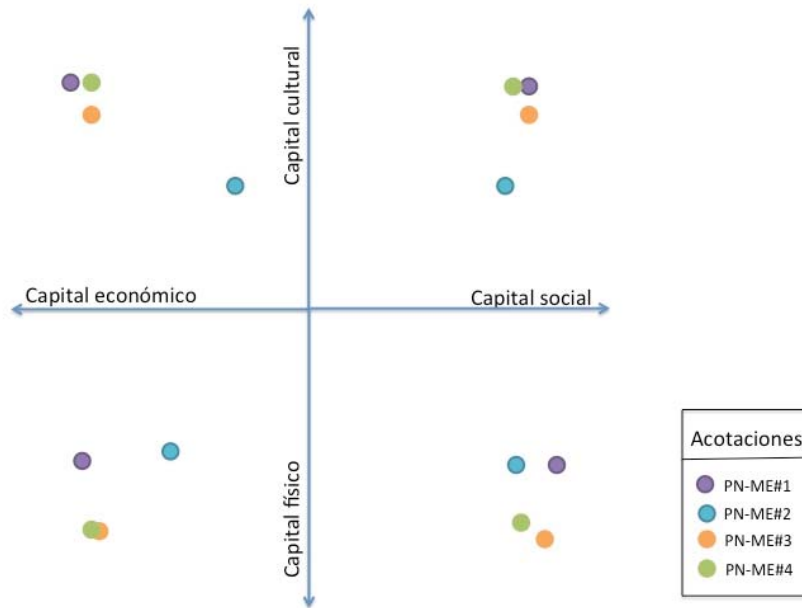
En síntesis, como resultado de la presente investigación se encontró que sí hay un *habitus*, una suma de hábitos que comparten las mujeres que buscan determinado tipo de parto y que, con las salvedades abstraídas para el mejor análisis que antes se ha referido pueden contribuir a que las mujeres lleguen a tener un tipo de parto como el que buscan. Tal resultado es altamente

significativo ya que puede abrir la puerta al desarrollo de posteriores investigaciones y el posible planteamiento de políticas sociales, colectivas y culturales que favorezcan la salud de las mujeres. Dichas iniciativas pueden bien surgir de organizaciones colectivas de carácter comunitario o de políticas públicas que favorezcan la consolidación de dichos tipos de *habitus*.

En los diagramas siguientes podemos observar la manera en que se distribuyen en un plano cartesiano las mujeres que han parido mediante parto natural y las mujeres que han parido mediante cesárea. Mientras que en el tercer diagrama se muestra la comparación de los mismos. Dichos diagramas nos permiten observar en una imagen la vinculación que se encontró entre los capitales de las mujeres entrevistadas. El tercero de ellos nos permite mirar el *habitus* de las mujeres que se presenta como una suma de los capitales y que se concentra en el caso del parto hacia fuera, es decir, hacia mayores niveles de capital y hacia adentro en el caso de las cesáreas con un menor conjunto de capitales *antes del parto*.

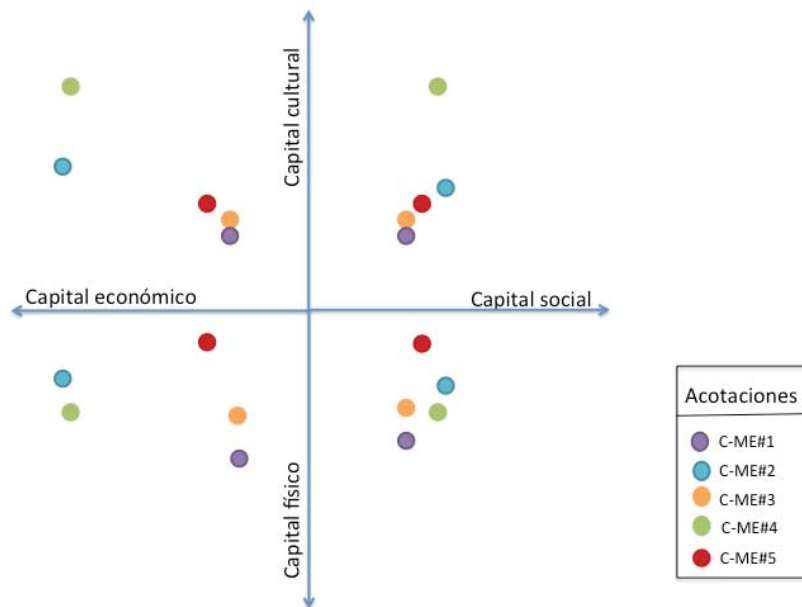
Lo indicado no significa que las mujeres que tienen una cesárea necesariamente tengan condiciones “menores”, por ejemplo, las mujeres con cesárea tienen un gran apoyo social post parto y, por supuesto, la cesárea es una herramienta indispensable en la vida actual y un gran logro de la ciencia médica a favor de la vida. Lo que se muestra es la importancia de tener una consolidación de determinados capitales a favor del tipo de parto que se busca. Esta información es útil para la generación de políticas de salud y de consideraciones personales y sociales ya que los capitales guardan relación con una condición individual, pero, también, es una condición se puede adquirir y proveer al momento del embarazo, en el caso de la mayoría de los capitales, de ahí la utilidad de su consideración.

Diagrama de correlación de capitales de mujeres con parto natural



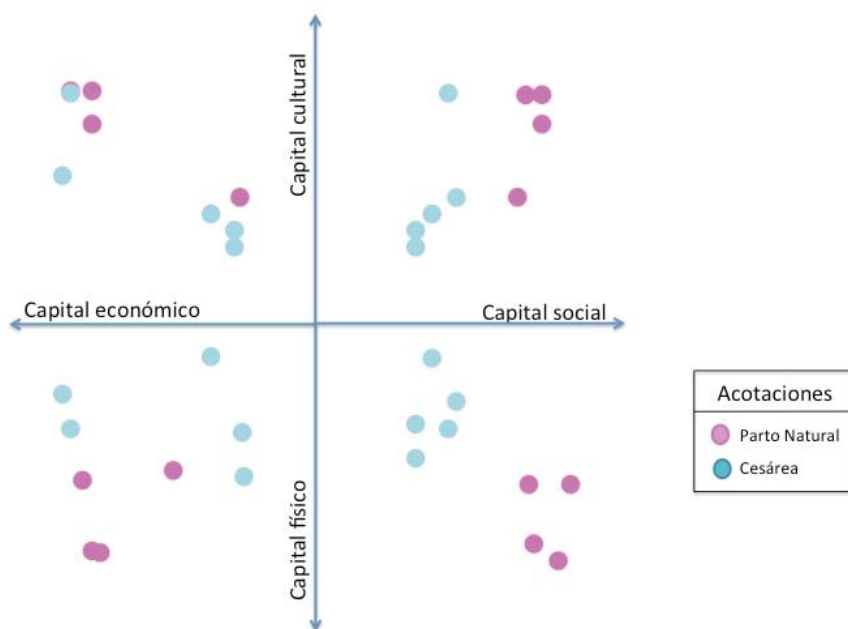
Fuente: Elaboración propia con base en la investigación en campo.

Diagrama de correlación de capitales de mujeres con cesárea



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación en campo.

Diagrama de correlación de capitales de mujeres con parto natural y cesárea



Fuente: Elaboración propia con base en la investigación en campo.

Discusión y conclusiones

Un *habitus* compartido por las mujeres que buscan determinado tipo de parto

Como uno de los resultados conclusivos de la presente investigación encontramos que hay un *habitus* que comparten las mujeres que buscan determinado tipo de parto; y que éste puede contribuir a que las mujeres lleguen a tener el parto que buscan. Resultado altamente significativo ya que puede abrir la puerta a la profundización de cada uno de los aspectos constitutivos de dicho *habitus*. Sobre todo, en los aspectos que resultan más relevantes para las mujeres; para que posteriores investigaciones puedan ser desarrolladas y así comprender más a fondo las necesidades personales y sociales que tienen las mujeres en este momento de su vida. La información obtenida puede ser útil para mujeres, médicos y para cualquier persona interesada en el tema. Las mujeres que están embarazadas o por embarazarse pueden beneficiarse de comprender cuáles son los factores que les permiten elegir un tipo de parto e incluso formas de acercarse a él; los médicos pueden observar y comprender cuál es la opinión del ámbito médico y retomar y desarrollar mecanismos de apoyo a las mujeres; otras personas, investigadores o

personas pueden investigar más o compartir parte de las cuestiones encontradas con vistas a favorecer el apoyo social a las madres. Al mismo tiempo se abren también diversas dudas y preguntas a resolverse. El *habitus* compartido por las mujeres incluye algunas o todas las siguientes características:

- 1) Realizan algún tipo de trabajo físico/emocional antes del parto.
- 2) Llevan a cabo un “plan de parto” acorde a sus necesidades individuales y específicas que les dan mayor seguridad (el lugar en el que quieren parir, la persona que les va a atender).
- 3) Tienen interés y posibilidad de acceder a información que les otorga conocimientos sobre el proceso que llevará a cabo su cuerpo (expulsión del tapón mucoso, diferenciación entre contracciones preparatorias o “falsas contracciones” y contracciones de parto). Conocimiento a detalle de lo que va a ocurrir en su cuerpo.
- 4) Consideran importante tener un espacio de calma durante el trabajo de parto (lo que personalmente considere como tal, aunque existen generalidades).
- 5) Pueden elegir quién las acompaña.
- 6) Pueden tener libre movilidad durante el trabajo de parto, no son obligadas a estar quietas, acostadas o sentadas durante el trabajo de parto.
- 6) Se encuentran en condiciones de calma en el momento del parto.
- 7) No son interrumpidas, se encuentran acompañadas, contenidas, se sienten seguras en el lugar donde tienen el trabajo de parto y el parto mismo.
- 8) Cuentan con apoyo social positivo durante el embarazo, trabajo de parto y parto. Un apoyo respetuoso, que les otorga información y que no invade su espacio.
- 9) No son medicalizadas de manera innecesaria.
- 10) Cercanía a experiencias positivas de otras mujeres o experiencias de reconocimientos conscientes de errores.

Bibliografía

- Ardila, Erwin; “Theoretical Saturation in Grounded Theory: [SEP] Its Delimitation in the Analysis of Life Trajectories of Victims of Forced Displacement in Colombia, *Revista Colombiana de Sociología*, vol. 36, no.2, jul-dic 2013.
- Bettiol H, Barbieri MA, Moura da Silva A, Rona D (2002); Consumer demand for Cesárean sections in Brazil. Demand is affected by Mothers’ perception of good health care. Brasil.
- Biedma Velázquez, J.M. García de Diego y R. Serrano del Rosal; Análisis de la no elección de la analgesia epidural durante el trabajo de parto en las mujeres andaluzas: “la buena sufridora” Instituto de Estudios Sociales Avanzados-Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IESA-CSIC), Junta de Andalucía, España, 2009.
- Bourdieu, Pierre.
- (1980); *El sentido práctico*, Siglo XXI editores. Buenos Aires, 2007.
- (1994); *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Editorial Anagrama. Barcelona, 1997.
- (2001); “Fundamentos para una teoría de la violencia simbólica en La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza. Libro 1, Editorial Popular. España.
- Calvillo, Alejandro et al (2013); *Cesárea y ausencia de lactancia materna, primeras causas de la epidemia de obesidad en México*. México.
- Castro Roberto
- (2014a); 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México, *Revista CONAMED* 2014;19(1):37-42.
- (2014b); Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales, *Revista Mexicana de Sociología* 76, núm. 2): 167-197.
- Castro Roberto, Lourdes Campero y Bernardo Hernández (2007); *La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos*, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinares/UNAM. Cuernavaca, Mor, Instituto de Salud Pública, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Cuernavaca, Mor., México.
- D’ Orsi Eleonora, Dora Chor, Karen Giffin, Antonia Angulo-Tuesta, Gisele Peixoto Barbosa, Andrea de Sousa Gama, et al; *Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil*, Río de Janeiro, 2006.

- Da Rocha Pereira Raquel, Selma Cristina Franco y Nelma Baldin (2011); El dolor y el protagonismo de la mujer en el parto, *Revista Brasileira Anestesiología*, Vol. 61, No. 3, Mayo-Junio, Brasil.
- De Alva, María (2014); *Memoria y escritura del cuerpo: un estudio sobre sexualidad, maternidad y dolor*, Tecnológico de Monterrey, Conacyt y Bonilla Artiga Editores, México.
- Fernández, Fernández José Manuel (2013); “Capital simbólico, dominación y legitimidad. Las raíces weberianas de la sociología de Pierre Bourdieu” Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Sociología V (Teoría Sociológica). *Papers*, 98/1.
- Fortich, Nabarro Mónica Patricia y Álvaro Moreno Durán; Elementos de la teoría de los campos de Pierre Bourdieu para una aproximación al derecho en América Latina: consideraciones previas, *Verba Iuris* 27, pp. 46-62, Enero-Junio, Colombia, 2012.
- Galak, Eduardo (2010); *El concepto cuerpo en Pierre Bourdieu: Un análisis de sus usos, sus límites y sus potencialidades*; Tesis para optar al grado de Magister en Educación Corporal, Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación; La Plata.
- González, Pérez Guillermo Julián (2011); *Cesáreas en México. Aspectos sociales, económicos y epidemiológicos*, Universidad de Guadalajara, México.
- Guber, Rosana (2004); *El salvaje metropolitano*. Paidós. Buenos Aires.
- Márquez-Calderón, Soledad et al (2008); *La utilización de los servicios sanitarios en Andalucía: ¿Perpetuación o corrección de las desigualdades?* En: Escolar Pujolar A. *Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía*. Puerto Real: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública en Andalucía, Págs. 145-166.
- (2011); *Revista España Salud Pública* 2011, Vol. 85, Nº 2, España.
- Odent, Michel
- (2002); *El nacimiento y los orígenes de la violencia*, Publicado en la *Revista Ob Stare* no 7.
- (2009a); *El bebé es un mamífero*, Editorial Ob Stare.
- (2009b); *La cesárea ¿problema o solución?*, editorial Ob Stare, Argentina.
- Pinto du Nascimento, Raquel Ramos et al (2015); *Choice of type of delivery: factors reported by puerperal woman*, *Revista Gaucha de Enfermagem*, España.

- Portes, Alejandro (1999); *Capital social sus orígenes y aplicaciones en la sociología moderna*, en Carpio Jorge y Novacovsky Irene (coompiladores); *De igual a igual: el desafío del Estado ante los nuevos problemas sociales*, Fondo de Cultura Económica, Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO)-Secretaría de Desarrollo Social-Banco Mundial y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Buenos Aires.
- Puentes-Rosas Esteban Octavio Gómez-Dantés y Francisco Garrido-Latorre. (2004); “Las cesáreas en México: tendencias niveles y factores asociados”. *Salud pública*, 46:16-22.
- Rodrigáñez, Bustos Casilda (2008); *La sexualidad y el funcionamiento de la dominación. Para entender el origen social del malestar individual. La rebelión de Edipo II*, Creative Commons, España.
- Ruggio, Germán (2011); *La corporeidad: el nuevo paradigma como formador de la identidad humana*, EFDeportes, Revista Digital, año 16, número 161, Octubre, Buenos Aires.
- Safa, Barra Patricia (2011); *El concepto de habitus de Pierre Bourdieu y el estudio de las culturas populares en México*, en *Revista de la Universidad de Guadalajara*, Número 24, verano 2002: 30-35.
- Semanario, El; *Exceso de cesáreas en México*, (2015) (<http://elsemanario.com/108123/exceso-de-cesareas-en-mexico/>).
- Soto L. Carmen et all. (2006); “Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural”, *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(2):98-103.
- Tarrés, María Luisa (2008); *Observar, escuchar y comprender, sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. Editorial Facultad Latinoamericana de Ciencias sociales (FLACSO-México), El Colegio de México y Miguel Ángel Porrúa, México.
- Taylor S. J. Y Bogdan R. (2000); *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós. Barcelona.
- World Health Organization (1985); “Appropriate technology for birth”. *Lancet* 1985;2:436-437.