

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CULTURALES-MUSEO



**“NUESTROS CUERPOS HABLAN”: EXPERIENCIAS DE MUJERES
MEXICALENSES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y
POSTPARTO FRENTE AL PODER OBSTÉTRICO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN ESTUDIOS SOCIOCULTURALES
PRESENTA:

MARIA ESTHER TIRADO PERALTA

BAJO LA DIRECCIÓN DE

DRA. SUSANA GUTIÉRREZ PORTILLO

AGRADECIMIENTOS

A Jared y Eliette que habitaron mi cuerpo y revelaron otras formas de vivirme. Por su comprensión y paciencia.

A mi mamá que no se rinde y con amor cuida de nosotros.

A Susana por ser una investigadora apasionada a quien quiero y admiro por acompañarme y compartir conmigo conocimientos, afectos y experiencias.

Erika por su apoyo incondicional y las llamadas de rescate.

A mis compañeres de clases Charlie, Amaminaly y Daina de quienes aprendí mucho y que durante el encierro nos hicimos compañía.

A mis maestras y maestros de la Maestría en Estudios Socioculturales por retarme y mostrarme otras formas de ver la realidad gracias a su apoyo y comprensión en todo el proceso.

A mis amigas Viky y Miriam por ser mi tribu maternando desde el amor y la sororidad.

A las mujeres madres protagonistas de esta historia que me dieron la oportunidad de conocer esta parte de sus vidas.

A Conacyt por el financiamiento para hacer posible esta investigación.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1	18
I. De la violencia obstétrica a la experiencia de las mujeres: un estado del arte	18
1.1. Definiendo la violencia obstétrica, sus formas y escenario de incidencia	18
1.2. Ausencias y lagunas en investigaciones sobre violencia obstétrica	20
1.3. La autoridad y práctica médicas en relación con la violencia obstétrica	23
1.4. La violencia obstétrica desde la mirada del personal de salud	26
CAPÍTULO 2. Experiencia, cuerpo y poder obstétrico: un abordaje feminista	30
2.1 Experiencia y cuerpos de las mujeres	30
2.2. Cuerpo reproductivo, discurso biomédico y gestión del cuerpo	36
2.3. La experiencia encarnada de las mujeres en el embarazo, parto y postparto	41
2.4. La violencia obstétrica, el poder obstétrico y la autoridad médica	44
Capítulo 3. Investigar como feminista la experiencia encarnada de mujeres en el embarazo, parto y postparto	56
3.1. Epistemología feminista: nombrarme a mí y a otras	56
3.2. Investigación feminista	59
3.3. Una mirada cualitativa desde los estudios culturales	62
3.4. Entrevista y análisis narrativo, herramientas para acercarme a la experiencia	65
3.5. Las mujeres de este estudio	71
Capítulo 4. Experiencias de embarazo	76
4.1. Experiencia encarnada en el cuerpo de las mujeres embarazadas	76
4. 2. Formas que adopta el poder obstétrico	83
4.2.1. El papá sabio: paternalismo, dispositivo de control de la autoridad médica	84
4.2.2. El discurso sobre el riesgo y el mandato reproductivo	85
4.2.3. Gestión del cuerpo en atención pública y privada	89
4.3. Negociar, resistir y reapropiarse del cuerpo ante el poder obstétrico	92
Capítulo 5. Experiencias de parto-cesárea y postparto	94
5.1. Saber-poder, experiencia encarnada y emociones durante el parto	94
5.2. Controlar, disciplinar y gestionar el cuerpo: negar y suprimir las emociones	100
5.3. Estrategias de negociación y resistencias para recuperar los cuerpos en el parto y postparto	113
5.4. Aparentar docilidad para resistir	115
5.5. Cuidar de nosotras para resistir al poder	117
5.6. Reflexiones finales sobre sus experiencias de embarazo parto y postparto	119
6. Conclusiones	122
Referencias	125

INTRODUCCIÓN

De mi cuerpo, mi yo mujer, mi yo madre: mis embarazos, partos y postpartos

Fue una sorpresa enterarme que estaba embarazada de mi primer hijo. Por años me habían dicho los médicos que tal vez ese día nunca llegaría porque fui diagnosticada a los 21 años con síndrome de ovario poliquístico, por lo tanto, desde mis primeros encuentros con la ginecología un tema recurrente era la fertilidad y mi reloj biológico. Así que desde esa edad me indicaron tratamientos hormonales y tomé pastillas hasta los 27 años, edad en la que decidí tratar de convertirme en mamá. Desde el principio mi embarazo fue tratado como de riesgo. Los primeros meses transcurrieron en hospitalizaciones e incapacidades por amenazas de aborto. Sin embargo, en el último trimestre todo parecía estar bien, excepto que mi bebé no se encontraba en la posición deseada para parto natural por lo que era probable que naciera por cesárea. Cuando comenté a mi tía y a mi mamá al respecto, ambas me dijeron que cuando ellas estaban embarazadas además de los médicos, las atendía una partera. Me hablaron de que es posible, por medio de sobadas, acomodar al niño. En ese momento no me pareció una mala idea, por lo que busqué información en internet sobre las maniobras para acomodar a los bebés. Leí que en otros países los médicos o las parteras dentro de los hospitales realizan esa práctica.

Le conté a mi ginecólogo del servicio público sobre lo que había leído y él me dijo que conocía sobre esos procedimientos, pero que en el hospital donde me atendían no se realizaban esas maniobras. Así que no tenía opción: si no se acomodaba solo, sería cesárea. Y así fue, mi primera experiencia fue una cesárea por la posición del bebé. De lo anterior, solo

recuerdo que sentía que no podía respirar y en mi desesperación tiré los instrumentos de la cirugía por lo que sujetaron mis brazos a la camilla para que no pudiera moverme.

Cuando desperté de la anestesia en un pasillo, pregunté por mi hijo, nadie me podía dar información. Dijeron que debía esperar a la neonatóloga para que me informara el estado del bebé. Recuerdo que sentí impotencia y un miedo terrible. Yo solo quería saber si estaba vivo, si estaba bien. Dijeron que eran políticas del hospital, que solo los especialistas daban información. Cuando por fin llegó la doctora, me dijo que al nacer mi hijo no respiraba; que “no tenía tono muscular”, pero que respondió pronto y se encontraba en observación. Yo entendía el lenguaje médico, por mi formación en psicología; este conocimiento se convirtió en imágenes que en ese momento vinieron a mi mente; tratando de rescatar un recuerdo bajo los efectos de la anestesia vi un cuerpo débil, sin fuerza, tal vez sin vida de mi bebé quien hasta ese momento todavía no tenía rostro. Me llevaron al área de maternidad donde pasan a las mamás con sus hijos recién nacidos, yo lloraba al verlas, mis brazos estaban vacíos. Pasé trece horas esperando conocer a mi bebé. Lo recuerdo como el día más largo de mi vida.

El embarazo de mi hija fue distinto. Yo di la noticia hasta que pasados los tres meses y las probabilidades de que se lograra ese embarazo fueran más altas. Ya había tenido un aborto natural unos meses antes y tenía miedo de que no se lograra. En mi último embarazo fui hospitalizada cuatro veces por diferentes motivos: sangrados, dolor abdominal y hasta por un accidente de tránsito, cualquier sensación o signo que de mi cuerpo siempre vigilado era para mí motivo suficiente para ir a urgencias. En todos los casos el diagnóstico fue: amenaza de aborto. Algunas veces me explicaban los motivos pero nunca me quedaba claro, utilizaban un lenguaje médico que yo no comprendía. Durante los primeros seis meses el temor fue un sentimiento constante. Pero ya en los últimos meses, todo parecía ser normal. El ginecólogo de la institución pública y el particular me alentaron a buscar un parto natural. Habían

transcurrido cuatro años de la cesárea anterior y yo me encontraba en buen estado de salud, mi hija estaba ya en la posición adecuada para nacer. En ese tiempo me enteré que mi maestra de yoga era doula¹ y daba acompañamiento a mujeres embarazadas. Mi ginecólogo particular me habló del parto respetado;² sin embargo, en ese tiempo ya había decidido tener a mi hija en el hospital público, y para esas alturas era un gasto que no podía cubrir.

Yo hablé con Jovanna quien trabaja como doula, me visitó en las últimas semanas de embarazo y estaba pendiente de mi, proporcionó información, aclaró mis dudas e hicimos un plan para llevar mi labor de parto en casa acompañada del padre de mis hijos e irnos al hospital cuando estuviera ya avanzada, solo a parir. Cuando el día llegó, las primeras contracciones transcurrieron en calma, al pasar las horas, el dolor fue más intenso y también la energía para parir a mi hija. Escuchaba mi cuerpo, me movía, bailaba, gritaba. Jovanna y yo supimos cuando era el momento y nos fuimos al hospital. A ella no la dejaron entrar conmigo, me acompañó hasta la puerta de urgencias y yo entré caminando con diez centímetros de dilatación. Pero en la madrugada no se encontraba el ginecólogo, por lo que llamaron al que estaba de guardia.

“Señora, no puje, espere a que llegue el doctor” el interno me realizó un tacto vaginal, y al introducir sus dedos, sentí como un líquido comenzó a mojar la camilla. Él me dijo asustado que no fue intencional y que no habría problema porque de todas formas yo estaba ya casi lista, pero que la bebé no había bajado. Al llegar el médico me dijo lo mismo: *“no baja, si no baja será cesárea”*. Además, me dijo muy molesto *“usted llegó muy avanzada, y lo hizo a propósito, para que yo no pudiera ponerle nada. Entonces ahora me va a esperar en ese pasillo y puje, cuando sienta la cabeza del bebé saliendo, me llama”*. Las enfermeras se burlaban de

¹ Acompañante y asesora de la mujer que provee cuidados durante el embarazo, parto y postparto.

² Modelo de atención al parto donde la mujer es considerada sana y es la protagonista por lo que sus deseos y necesidades son importantes, procurando que los nacimientos se den de forma natural, esto es respetando tiempos biológicos y psicológicos.

mí por ser primeriza; el interno se acostó a dormir y yo me quedé sola, mojada, en un pasillo a la vista de todos. Intenté cambiar de postura, no soportaba ya estar acostada. Le avisaron al doctor y él fue a regañarme: “¿usted quiere parir como las indias debajo de un árbol?, Pues no se puede señora, está en un hospital”. Ordenó que subieran más la camilla y me dijo: si se mueve se puede caer.

Por seis horas solo se me acercó para tratar de convencerme de que aceptara la cesárea, sin embargo, nunca pudo darme una valoración médica que justificara la intervención. Yo me negué, soportaba los dolorosos tactos acompañados de risas y gestos de desaprobación. En una ocasión me dijo: “si no firma los documentos para la cesárea voy a hablar con su esposo”. El pasillo se convirtió en una zona de guerra, mientras yo mordía la sábana para que no me escucharan llorar entre contracciones. Finalmente se dio el cambio de turno y llegó otro doctor. Más amable, me dijo: “yo te voy a ayudar, ya casi estás lista”. Llamó a las enfermeras que me dieron instrucciones para pujar y respirar y en quince minutos mi bebé ya había bajado. El doctor me dijo que me pasaría a la sala de partos y que me realizaría la episiotomía³ para que la bebé saliera, me informó, no me preguntó. Yo ya no quise discutir, estaba cansada y solo quería que ella naciera. Cuando pujaba, una enfermera me empujaba la panza, el doctor sentado me gritaba: “puja, puja ya viene”.

Fue glorioso parir a mi hija, me sentí poderosa. Me mostraron a la bebé y me dijeron que se la llevarían a valorar, no me permitieron tocarla. El doctor salió de la sala y me dejó con las enfermeras y una joven interna. La enfermera me puso un medicamento en el brazo y me dijo: “esto es para que salga la placenta”. En ese momento yo sentí contracciones mucho más fuertes que las anteriores y la médica interna dijo: “voy a sacar la placenta”, sentí un dolor

³ Es una cirugía que consiste en un corte desde la vulva al ano para agrandar la cavidad vaginal.

terrible, grité y escuché como si una cubeta de agua hubiera caído al piso. Vi la sangre. La joven practicante llamó al ginecólogo, y él pidió apoyo al anesthesiólogo diciendo: “*señora, su matriz está saliendo, no se preocupe la voy a salvar*”. Sentí como su mano entraba a mi cuerpo, un dolor que no puedo describir, todo se fue a negro.

Cuando desperté me informaron que sufrí una inversión uterina;⁴ en ese momento yo no tenía claro qué significaba eso, solo sabía que tenía que ver con mi útero, me dolía. Mi útero cambió de forma para dar espacio a que mi hija creciera dentro de mi cuerpo, ese cuerpo que ya no reconocía. Al poco tiempo me mostraron a mi hija y me dijeron la alimentara que eso me iba a ayudar a recuperarme. Cuando me permitieron levantarme, ya que me encontraba en el área de maternidad que llaman binomio, al dar los primeros pasos me desvanecí. Yo me sentía débil, sin fuerzas, apenas recuperándome de un encuentro con la muerte, batalla que gané pero que causó estragos en mi cuerpo. Me hicieron análisis de sangre y se dieron cuenta que tenía anemia por la sangre que perdí y fue necesario una transfusión de dos unidades de sangre. Durante mi parto realizaron maniobras innecesarias⁵ y la hipermedicalización⁶ del mismo me puso en peligro de muerte.

En los dos días que estuve hospitalizada me quejé con el personal médico que me atendió y mencioné en varias ocasiones que presentaría una queja formal. Sin embargo, por la falta de información sobre los protocolos de atención y la responsabilidad de cuidar de mi hija, no procedí con la queja. Todo esto se sumó a la condición de debilidad de mi cuerpo; mis fuerzas se enfocaron al cuidado de mi hija recién nacida y mi recuperación física de postparto. Estas experiencias que involucran la vida, emociones, sensaciones y el cuerpo de las mujeres

⁴ Complicación grave durante el parto donde las paredes internas del útero se desprenden y salen por la vagina quedando expuestas, es una causa de muerte.

⁵ Como la maniobra de Kristeller que consiste en aplicar presión al vientre para que el bebé descienda.

⁶La intervención del parto con fármacos o cesáreas sin justificación.

están acalladas y no son importantes frente a la autoridad médica y las prácticas hospitalarias son incuestionables.

Fue esta experiencia personal vivida en mi propio cuerpo la que orientó mi interés por el tema de investigación. Inició como la búsqueda de respuestas y de responsables ante lo que me había sucedido, de encontrar en las experiencias de otras una explicación y se ha convertido en una forma de tejer mi propia herida. Una vez que tuve más claras mis preguntas, ya en mis primeros acercamientos al campo, realicé un sondeo preliminar sobre la atención médica durante el embarazo y nacimiento de mujeres en Mexicali por medio de una encuesta por Facebook. El propósito era únicamente conocer un panorama sobre cómo percibían otras mujeres su experiencia en relación con el parto y en ese momento, la violencia obstétrica era para mí un eje central de interés. Respondieron 96 mujeres que recibieron atención obstétrica en Mexicali. El 42.7% de las mujeres encuestadas aseguró que no se les permitió estar acompañadas durante sus procesos de parto o cesárea; al 45.7% le realizaron tactos vaginales⁷ de forma reiterada y el 34.4 % de ellas indicaron que el personal médico utilizó medicamentos para acelerar sus partos. Lo anterior me confirmó que mi experiencia no era única ni excepcional. Se trataba de una experiencia compartida que las mujeres viven de manera común en los hospitales de Mexicali.

La encuesta aplicada me permitió también percatarme de que muchas mujeres consideraban que había sido violentadas durante sus partos, y que muchas de ellas también estaban dispuestas a hablar de esas experiencias de dolor, de angustia, de miedo, entre otras emociones desatadas durante sus procesos de parto y postparto. Mi interés pasó entonces de centrarse en la violencia obstétrica a posicionarse en la experiencia. Me di cuenta también que

⁷ Intervención exploratoria que consiste en introducir los dedos índice y medio a la vagina hasta que toca el cuello del útero

tanto yo, como las mujeres que respondieron la encuesta, no podíamos desconectar la experiencia del parto de la experiencia previa del embarazo. De ahí que en esta investigación busco analizar la experiencia de las mujeres durante sus embarazos, el momento del nacimiento y la etapa de posparto cuando son atendidas en instituciones de salud públicas y privadas.

Las prácticas médicas y los mecanismos involucrados en la atención al embarazo, parto y posparto, como he relatado en mi propia experiencia al inicio de este texto, revelan la normalización de protocolos y procedimientos que se ejercen en los cuerpos de las mujeres pero que no consideran ni las voces, ni la experiencia de las mismas para su aplicación; algunos de estos atentan contra la dignidad o bienestar de las mujeres sin ser cuestionados. Es por ello que con esta investigación me propongo estudiar las experiencias de embarazo parto y puerperio desde las narrativas de las mujeres y frente a una forma particular de poder disciplinario: el poder obstétrico, que está relacionado con la estructura patriarcal dentro de la cual la violencia surge como un mecanismo de control y como generador de subjetividades específicas (Arguedas, 2014).

II. Planteamiento del Problema

El 89.3 % de los nacimientos en México suceden en hospitales el 38% son por cesárea. En este estudio busco evidenciar que las experiencias de los embarazo, parto/cesárea y postparto son procesos que al ser atendidos por instituciones de salud, las mujeres nos encontraremos con el poder de la obstetricia. Cuando ese poder va más allá de los malos tratos, se habla ya de violencia obstétrica. Es por ello que conocer las estadísticas oficiales permite informarnos al menos de los casos más extremos del ejercicio del poder obstétrico y la incidencia en México. Por primera vez en el año 2016 se incluyó el tema de la violencia obstétrica en la cuarta *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*.

Se llevó a cabo el último semestre de 2016 por el INEGI, incorporando las categorías de "abuso y violencia" y " atención no autorizada". El 33.2% de las mujeres entrevistadas manifestó haber sufrido una o varias formas de violencia durante el parto. En el rubro de atención no autorizada, es en los estados de Baja California y Puebla donde se encontró la prevalencia más alta de colocación del DIU⁸ o la esterilización sin el consentimiento de las mujeres con un 6.7%. Datos relevantes sobre los resultados de la encuesta son, que el abuso y la violencia, así como la atención no autorizada se presentan con menor frecuencia en mujeres casadas o unidas y las prevalencias más altas se dan en mujeres solteras sobre todo en la atención no autorizada. De acuerdo a la encuesta ENDIREH la realidad no ha cambiado mucho, de una prevalencia del 33.4 % en el 2016, ha disminuido al 31.4 %

No existe actualmente en el Código Penal del Estado de Baja California ningún delito tipificado como violencia obstétrica. El único en relación a la conducta del médico es el de Responsabilidad médica y técnica; que se refiere a delitos cometidos en el ejercicio de la profesión; hasta hace poco lo investigaba la Unidad de delitos patrimoniales, sociedad, Estado y justicia, pero como ese delito es más bien una calificativa, los jueces al momento de vincular a proceso lo hacen por Homicidio o Lesiones por responsabilidad médica; por lo que ahora lo investiga la Unidad de delitos contra la vida y seguridad de las personas. Algunos de los casos son canalizados por las instituciones de gobierno y la Fiscalía del Estado a la Comisión de arbitraje médico del Estado de Baja California que del periodo de 2015 a 2020 ha recibido 260 quejas de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Si bien es cierto, legislar, enunciar derechos y publicar normas oficiales no ha disminuido la violencia de género ni garantiza los derechos de las mujeres, permite su reconocimiento

⁸ El Dispositivo intrauterino (DIU) es un dispositivo que se acomoda en el útero para prevenir embarazos.

como un problema social y la necesidad de protocolos y medios para el cambio. Rita Segato nos habla de la importancia de la norma:

Si percibimos el poder de propaganda y el potencial persuasivo de la dimensión simbólica de la ley, comprendemos que ella incide, de manera lenta y por momentos indirecta, en la moral, en las costumbres y en el sustrato prejuicioso del que emanan las violencias. Es por eso que la reforma de la ley y la expansión permanente de su sistema de nombres es un proceso imprescindible y fundamental (Segato, 2003 p.127).

Dentro de las consideraciones jurídicas la CNDH define a la violencia obstétrica como una modalidad de violencia institucional y de género. De las 13 recomendaciones que emitió la Comisión Estatal de Derechos Humanos en el año 2019 en Baja California, una de ellas es por la responsabilidad institucional del Hospital Materno Infantil de Mexicali, por la violación a los derechos de la protección de la salud, a la integridad y seguridad personal, al trato digno y al derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica. Es el caso de una mujer que no recibió una valoración oportuna de su trabajo de parto, éste fue interrumpido y le realizaron una cesárea sin su consentimiento cuando existían las condiciones para el parto natural. Derivado de esto sufrió un cuadro de infección que se extendió por su aparato urinario y reproductor; esto le costó la pérdida de útero, ovario, trompa de falopio y útero izquierdos. Las consecuencias de la infección grave producida por las intervenciones quirúrgicas, comprometieron el funcionamiento de los riñones y provocaron la disfunción de los aparatos reproductor y urinario.

Lo anterior deja en evidencia que en las instituciones de salud pública pueden incurrir en actos de violencia y que las consecuencias de esto ponen en peligro la vida de las mujeres

y la persona recién nacida generando afectación física y psicológica para sus víctimas. Por lo que un estudio que incluya las experiencias de embarazo, parto y cesáreas nos permitirá visualizar desde sus vivencias un escenario donde la interacción entre la gestante y el personal de salud tienen una repercusión directa en los derechos sexuales y reproductivos. Estas reflexiones me llevan a preguntarme ¿Cómo se significan las experiencias de embarazo, parto o cesárea y postparto de mujeres de Mexicali, en relación con el poder obstétrico que se ejerce en instituciones públicas y privadas?

III. Objetivos:

Objetivo General:

El objetivo de este estudio es analizar cómo se construyen los sentidos de las experiencias de embarazo, parto o cesárea y postparto de mujeres que recibieron atención médica en Mexicali, Baja California en instituciones públicas y privadas.

Objetivos Específicos:

- Analizar las formas que adopta el poder obstétrico en las instituciones de salud pública y privada donde son atendidas las mujeres en su embarazo, parto y cesárea y postparto en la ciudad de Mexicali, Baja California.
- Analizar el papel del cuerpo en la experiencia de las mujeres durante su embarazo, parto y cesárea y postparto.
- Identificar las posibilidades de resistencia, agencia y reapropiación en sus procesos de gestación, parto o cesárea y postparto cuando son vividos en contextos donde se ejerce el poder obstétrico.

IV. Justificación

La NOM 007-SSA- 2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida (DOF, 2016), señala la violencia de género⁹ como un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de sufrir abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer y recomienda ser identificada y atendida con mayor importancia en la etapa gestante. En la norma, cuando se habla de violencia de género se señala solamente la ejercida por la pareja de la mujer gestante. En este documento no se reconoce que exista la posibilidad de que el personal de salud pueda violentar a la mujer. Este documento oficial tiene como fundamento el *Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (PROIGUALDAD)*; que obliga a las dependencias de la Administración Pública Federal a contar con perspectiva de género en todos los programas, acciones y políticas de gobierno que permitan reducir las brechas de desigualdad entre hombres y mujeres. Sin embargo cuando se enuncian los efectos de la violencia de género solo se refiere a los que tienen que ver con la persona recién nacida, dejando de lado a las mujeres y su afectación a causa de esas acciones enmarcadas en la violencia de género.

Es importante señalar que además de protocolos de atención médica, existe un marco legal en el que se configura el tema de la violencia obstétrica. Aunque hace falta legislar al respecto, *La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* para el Estado de Baja California, enuncia los tipos y modalidades de violencia contra la mujer, sancionadas por la normatividad aplicable. El artículo 6, fracción VI, define como violencia obstétrica a las conductas, acciones u omisiones que el personal de salud ejerza “de manera directa o

⁹ Me refiero aquí a las acciones que causan daño físico, emocional, económico que dejan ver las relaciones de poder desigual entre los hombres y las mujeres.

indirecta, y que afecte a las mujeres durante los procesos de embarazo, parto o puerperio, mediante un trato deshumanizado, omisión de atención oportuna y eficaz, prácticas sin consentimiento como esterilización o realizar cesárea sin motivo” (Congreso de Baja California, 2019, p. 4).

Desde la antropología social el proceso reproductivo del embarazo, parto y puerperio es estudiado como un evento biosocial. A partir del hecho universal de parir, la cultura moldea la manera de entenderlo, y los medios materiales para asistirlo. Este proceso biológico adquiere importancia dentro de las sociedades porque forma parte de la identidad de las personas y su grupo (García, 2010). A pesar de la creación de normas que establecen según las recomendaciones y políticas de salud pública que se deben de realizar esfuerzos por que la mujer sea tratada con respeto y dignidad y que se debe procurar el bienestar y el respeto a los derechos de las mujeres. Se han creado programas para el personal de salud, y talleres para mujeres gestantes con la finalidad de disminuir el impacto de la violencia. Esas estrategias necesitan trabajarse más para contemplar otras dimensiones del problema. Esta investigación propone un abordaje sociocultural en torno a las experiencias de embarazo, parto y postparto de las mujeres. Esta perspectiva reconoce la complejidad de la problemática pues se encuentra dentro de un entramado macro y micro social.

Conocer cómo se construyen los sentidos de las experiencias de las mujeres que vivieron sus embarazos, partos o cesáreas y postparto en contextos donde se ejerce el poder obstétrico permite a la sociedad reconocer la existencia del problema; esto es, comprender las formas de ejercicio de poder sobre sus cuerpos y la subjetividad construida en torno a los sentidos que atribuyen a lo vivido. Involucrar a los encargados de proporcionar estos servicios en el análisis de los programas y estrategias educativas que se implementan, puede mejorar los programas de intervención para tratar a las mujeres víctimas y reducir los problemas en el

contexto obstétrico. Este estudio pretende proporcionar conocimientos específicos con la finalidad de identificar las pautas de este fenómeno en contextos particulares que se puedan traducir en políticas públicas posteriores, en programas y estrategias de atención; en redes de apoyo y formas de aproximación de colectivos de mujeres de acompañamiento y en búsqueda de sus derechos que sean propulsoras de cambios sociales a largo plazo.

V. Organización de la tesis

En el primer capítulo “De la violencia obstétrica a la experiencia de las mujeres: un estado del arte”, hago una revisión por los trabajos que se han desarrollado sobre las situaciones que viven las mujeres durante los momentos del embarazo, parto y postparto. Comienzo presentando aquellos textos que desde distintas disciplinas abordan el tema de la violencia obstétrica; aquellos trabajos que si bien son cercanos al tema, generan preguntas sobre la investigación por las ausencias y lagunas que hacen evidente. Finalmente retomo aquellas investigaciones que discuten la participación del personal médico, sus prácticas y efectos en la experiencia de las mujeres, así como sus percepciones sobre el rol que desempeñan en relación con la violencia obstétrica.

El segundo capítulo, titulado “Experiencia, cuerpo y poder obstétrico: un abordaje feminista, Aquí desarrollo los conceptos teóricos centrales que enmarcan toda la investigación: experiencia, cuerpo, discurso biomédico, gestión del cuerpo; así como la forma en que diversas autoras y autores discuten la articulación de estas nociones en el contexto obstétrico. Desarrollé aquí también, las especificidades que caracterizan el poder obstétrico y la autoridad médica en los hospitales.

Mi propósito en el capítulo tercero: “Investigar como feminista la experiencia encarnada de mujeres en el embarazo, parto y postparto” es desarrollar mi posicionamiento. Sostengo que

la epistemología y metodología feministas representan la opción de abordaje más afín a mis objetivos y a mi propia forma de leer la problemática con mis lentes ajustados. También explico cómo recopilare los datos a través de la entrevista; realizando un análisis narrativo y de la experiencia. En este capítulo defino a las participantes de mi investigación así como la forma en que me fui acercando a ellas.

Los capítulos cuatro y cinco “Experiencias de embarazo” y “Experiencias de parto-cesárea y postparto” respectivamente, recuperan la experiencia encarnada y narrativas de las mujeres, así como el enfrentamiento que éstas tienen con la autoridad médica y los discursos biomédicos sobre sus propios cuerpos, emociones e ideas durante el embarazo, parto y postparto. En ambos capítulos me intereso por representar de la manera más fiel las narrativas de las mujeres. Finalmente en estos capítulos emerge la pregunta sobre las posibilidades que tienen las mujeres para negociar, resistir y reapropiarse de sus cuerpos.

CAPÍTULO 1

I. De la violencia obstétrica a la experiencia de las mujeres: un estado del arte

Una parte importante de los estudios sobre la experiencia de embarazo, parto y posparto de las mujeres se concentra en el tema de la violencia obstétrica que es estudiado desde diversas disciplinas. Se ha abordado desde las ciencias de la salud, la epidemiología, la psiquiatría, psicología, la antropología, el derecho, entre otras. A continuación, presento algunas investigaciones previas cercanas al tema de estudio de este proyecto de investigación que abordan el tema de la violencia obstétrica que se presenta en contextos hospitalarios desde distintos enfoques y disciplinas. La literatura revisada abarca del año 2015 a 2019 y está situada principalmente en Latinoamérica por ser el contexto más parecido al de nuestro país.

1.1. Definiendo la violencia obstétrica, sus formas y escenario de incidencia

Camacaro et al., (2015) realizaron un estudio epidemiológico. Analizaron las conductas de rutina obstétrica en un hospital de Maracay, Venezuela que fueron tipificadas como constitutivas de violencia obstétrica según lo contemplado en la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Realizaron un análisis transversal en el cual aplicaron cuestionarios a 160 mujeres sobre las intervenciones médicas durante su proceso de parto y evidenciando que se realizan prácticas rutinarias como la aplicación de medicamentos sin autorización de las mujeres, como la oxitocina¹⁰ que sirve para acelerar el parto. En el estudio, se encontró que se realiza una gran cantidad de intervenciones médicas

¹⁰ La oxitocina es una hormona de origen animal que sirve para generar contracciones y así acelerar la dilatación para el parto o la expulsión de la placenta.

de rutina que suelen ser innecesarias como la episiotomía y también evidenció que aún se realiza la estimulación de los pezones y exploración del útero en posparto.

De acuerdo con las investigadoras esos procedimientos incurren en actos de violencia obstétrica cuando se realizan de forma innecesaria; sin el consentimiento informado según lo establecido en la *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*; y no cumplen con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. En este estudio se concluye que dadas las prácticas de la medicina gineco-obstetra, las mujeres se encuentran expuestas y vulnerables durante sus procesos de parto; son sometidas a normas establecidas por una institución donde trabajan de forma automatizada, sin considerar sus características individuales, violentando su integridad física y emocional.

Aunque es cierto que el término de violencia obstétrica es reciente, pues fue en el año 2007 que en Venezuela se utilizó por primera vez en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia; las conductas del personal médico hacia la mujer gestante se han investigado desde hace varios años. En un intento de clarificar, en países latinoamericanos a partir de la legislación y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud se han realizado diferentes clasificaciones. En su estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, Elisa Jojoa-Tobar, Yulen Chuchumbe-Sánchez, Jennifer Ledesma-Rengifo, María Muñoz-Mosquera, Adriana Paja y Juan Pablo Suárez-Bravo¹¹ caracterizan las diferentes modalidades de violencia obstétrica. En la ciudad de Popayán, Colombia realizaron entrevistas estructuradas y a profundidad a 16 mujeres sobre sus experiencias en la atención institucional del parto; recopilaron datos sobre la toma de decisiones e información sobre procedimientos; posición para el parto; presencia de acompañante; derecho a la intimidad; percepciones sobre

¹¹ Utilizo los nombres completos para reconocer la identidad de las y los autores de los trabajos consultados.

maltrato físico y psicológico. Encontraron que el 69.5% de las entrevistadas vivió algún tipo de violencia obstétrica, lo que pone en evidencia que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son frecuentemente vulnerados.

Una de las aportaciones más sobresalientes de esta investigación es la creación de un mapa de relación con categorías y subcategorías para el estudio de la violencia obstétrica, donde proponen la siguiente clasificación: violencia institucional, violencia psicológica, violencia simbólica y violencia sexual (Jojoa Tobar et al. 2019) . De esta clasificación destaca la violencia sexual que poco se ha documentado en la atención obstétrica. Este hecho pareció preocupante e indignante a las y los investigadores: durante las revisiones ginecológicas los cuerpos de las mujeres son tocados por los médicos. Una mujer narró que fue objeto de insinuaciones sexuales durante el *tacto*, lo cual le provocó inseguridad y mucho miedo durante todo el tiempo que duró la atención.

1.2. Ausencias y lagunas en investigaciones sobre violencia obstétrica

En este estudio, las y los investigadores señalan que la violencia sexual de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud que toman como referencia, se concibe como: “dolo en el acto médico”; y se constituye por insinuaciones o comentarios sexuales. Aunque estoy de acuerdo con el estudio respecto a la violencia verbal del acto médico; es importante destacar que esos comentarios los realizó el médico mientras introducía sus dedos en la vagina de la mujer gestante; de manera que la agresión no es sólo verbal, como enfatiza el estudio; en mi opinión se trata también de una agresión física en la que la mujer se ve obligada a exponer su cuerpo.

Yessica Rangel Flores, Alexia Martínez Ledezma, Luis Eduardo Hernández Ibarra y Claudia Gonzalez Acevedo (2018), investigaron la construcción social de la violencia obstétrica

en mujeres Tének y Náhuatl de México. Realizaron su pesquisa en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Se trata de un estudio cualitativo-sociocrítico; mediante 14 grupos focales en los que participaron 57 mujeres de comunidades indígenas, profundizaron en sus experiencias de parto. Mediante el análisis del discurso identificaron que las mujeres no cuentan con suficiente información sobre el concepto de violencia obstétrica y/o sus derechos sexuales o reproductivos. De acuerdo con los investigadores las mujeres son víctimas de actos de violencia dentro de las instituciones de salud pública.

Concluyen los autores que algunos actos que son considerados como agresivos por las mujeres como los son: el ayuno prolongado o la experiencia de ser fotografiada y videograbada sin su consentimiento, no se consideran violentos en los marcos legales que utilizaron como criterios para elaborar las categorías de análisis. Este trabajo me permite reflexionar sobre las limitaciones de que en la investigación se consideren únicamente los marcos normativos como instrumento para el análisis; esta demarcación constituye un sesgo en la indagación al no considerar la voz de las mujeres que de forma explícita lo dejan de manifiesto en sus testimonios. En el caso de mi estudio, me interesa tomar como referencia los marcos legales y protocolos de atención, pero sobre todo, incorporar como centrales, aquellos aspectos que para las mujeres sean significativos en sus experiencias de embarazo, parto y puerperio y que sean considerados por ellas como agresiones.

Respecto a las categorías de análisis que diseñaron en el estudio de Rangel y otros (2018), para tipificar los actos de violencia obstétrica encuentro que hay detalles importantes que no explican con claridad. Por ejemplo, consideran que la falta de libertad de movimiento o para elegir la posición de parir es una forma de discriminación, pues no permite a las mujeres ejercer prácticas culturales de acuerdo con su cosmovisión. Sin embargo, no describen cuál es esta cosmovisión de las mujeres indígenas Tének y Náhuatl sobre el parto. Es importante

incorporar esas dimensiones al análisis de este evento de la vida cotidiana para comprender a qué se refieren con dicha afirmación.

Otro aspecto problemático en esta investigación es la predominancia del discurso médico evidente en el tratamiento de los datos por parte de las y los investigadores.¹²Al interpretar las narrativas de las mujeres, una de ellas mencionó que le hubiera gustado que su esposo la acompañara: “sí, por una parte, para que se diera cuenta de cómo son las cosas, pa’ que también lo viera, que vea que traer un hijo no es cualquier cosa y que hay que darle tiempo”. Las autoras y autor, describen que eso influye en que sus parejas no dimensionen los riesgos y que no adopten medidas necesarias para planificar partos posteriores. Lo anterior permite ver cómo asocian los partos con el riesgo y a que los hombres al presenciar los partos tomarían conciencia sobre la planificación familiar (Rangel et al. 2018).

En este estudio concluyen que los actos que las mujeres consideran más agresivos corresponden a formas de abuso verbal del personal que las atiende; en tanto los actos de excesiva medicalización son considerados por algunas como deseables, pues desconocen los efectos adversos y riesgos que estos pueden tener (Rangel et al.). De esta investigación destaca la estrategia de grupos focales para recolectar los datos, que permitió, debido a las características socioculturales de la población, un ambiente propicio para hablar y compartir experiencias íntimas y personales relacionadas con su sexualidad entre mujeres aunque los encuentros se realizaron dentro de un contexto hospitalario.

En 2017 las enfermeras Isaiane Da Silva y Rosineide Santana realizaron un estudio titulado: *Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron parto normal en dos maternidades públicas municipales existentes en la ciudad de Natal, Rio Grande do*

¹² Más adelante discutiré cómo la crítica feminista cuestiona la postura androcéntrica de la ciencia y su incidencia en la institución de sesgos históricos que permean el discurso de quienes investigamos.

Norte, Brasil que fueron identificadas en un estudio descriptivo. El trabajo de corte cualitativo, consistió en entrevistas con 35 mujeres en estado de puerperio¹³ que tuvieron parto vaginal. Las autoras identificaron que la violencia se revela a través del lenguaje como comentarios inapropiados, que reflejan una asistencia poco humanizada y que marcan profundamente la experiencia del parto y el nacimiento. Así mismo, encontraron que cuando las mujeres manifestaban dolor, el cual es inherente al proceso fisiológico del parto, algunas fueron amenazadas por el personal de enfermería de abandonarlas o recibieron quejas por parte de los médicos que las acusaban de complicar su trabajo.

Otro aspecto que mencionaron las mujeres embarazadas de este estudio durante su experiencia fue la posición incómoda en la cual tenían que permanecer para facilitar el trabajo de los médicos; también se evidenció que la relación con éstos suele ser dura y distante. Las mujeres pueden ser tratadas con ignorancia e incluso ser objeto de violencia psicológica. Las investigadoras reflexionan que el personal puede olvidar el propósito más importante de su servicio: ayudar a la mujer gestante. Las categorías de análisis de este estudio son las palabras y las actitudes del personal médico. La investigación ofrece información relevante para discutir sobre el lenguaje violento durante el proceso de parto y el rol de la figura del médico en la atención del parto (Da Silva y Santana, 2017).

1.3. La autoridad y práctica médicas en relación con la violencia obstétrica

En el noroeste de México se han hecho recientemente investigaciones sobre la violencia obstétrica. En el año 2017 en el departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora

¹³ El puerperio se refiere al periodo de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente de seis a ocho semanas, en las que se inician y desarrollan los complejos procesos de lactancia y adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno (Peralta, 1993).

realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo donde se aplicó un cuestionario a 45 participantes sobre la percepción de la violencia obstétrica vivida por mujeres en el estado de Sonora. Los investigadores encontraron que durante el proceso de nacimiento al 71.1 % de las mujeres se les impidió estar acompañada por alguien de su confianza. Al 51% de las mujeres encuestadas las privaron de la posibilidad de caminar o buscar posiciones según sus necesidades. Al 46.7 % de las mujeres encuestadas se les realizó una cesárea sin pedirle consentimiento, informarle de los riesgos o explicarle por qué era necesaria la intervención. El 44.4 % de las mujeres encuestadas fueron criticadas por llorar o gritar de dolor, emoción o alegría durante su trabajo de parto. Al 37.8% le resultó difícil o imposible aclarar sus dudas porque no le respondían o lo hacían de mala manera. Los investigadores hacen un análisis interesante sobre los datos obtenidos. Destacan que muchas mujeres son víctimas de violencia obstétrica pero que ellas no lo perciben de esa manera hasta el momento de que fueron cuestionadas durante la aplicación del cuestionario y que los investigadores les aclararon cuáles son las manifestaciones de dicha violencia (Figuroa et al. 2017 p.19). Lo anterior sugiere que existe una naturalización de la violencia en los contextos hospitalarios por parte de las mujeres.

Otro dato que resalta en su cuestionario es que la mayoría de las mujeres afirmó que no se les permitió estar acompañadas durante el proceso; sin embargo, en los estudios relacionados no se encontró evidencia de que este aspecto haya sido evaluado como acto de violencia obstétrica. En dicho estudio no se profundiza sobre la relación del acompañamiento con las acciones consideradas como violencia obstétrica; ¿acaso el acompañamiento tiene una incidencia en la posibilidad de que exista o no exista violencia y la percepción de las mujeres ante estas conductas? Aunque sí hacen énfasis en que no existe alguna ley que proteja a las mujeres embarazadas en el estado de Sonora, resalta la importancia que tienen

las enfermeras y enfermeros, que no se limita a las buenas prácticas; sino que, también es su obligación profesional abogar por los derechos de las usuarias (Figuroa et al. 2017 p.20).

Por más de 25 años en México se ha investigado sobre la violencia obstétrica; de los trabajos más destacados son los que han realizado Roberto Castro y Joaquina Erviti y sus colaboraciones con otras investigadoras. Principalmente se ha estudiado la práctica médica desde un análisis sociológico. A partir de observación directa, entrevistas y cuestionarios estudian la interacción social entre el personal de salud y las mujeres en labor de parto en hospitales públicos de México. En su texto: *El habitus en acción: la atención autoritaria del parto en los hospitales* (2015), identifican tres grupos de mecanismos que son base para los abusos que se dan en la atención al parto. Primero, los mecanismos de control que son la forma en que los médicos y personal de salud utilizan su poder para imponerse sobre las mujeres. Segundo los mecanismos de sustentación que reproducen las opresiones por parte de las mujeres y por último los mecanismos de reproducción que son los relacionados con las instituciones que desalientan a las mujeres a presentar una queja (Castro y Erviti, 2015). Una de las aportaciones más relevantes sobre este estudio es que caracteriza cada uno de esos mecanismos a partir de las interacciones entre las mujeres, los médicos y personal de salud.

Los textos revisados hasta aquí dejan de relieve discursos y mecanismos de control sobre el cuerpo de las mujeres. Situaciones de abuso físico y trato deshumanizado. Algunas de estas investigaciones provienen de disciplinas más relacionadas con el campo de la medicina; analizan conductas y prácticas médicas que abordan dimensiones de las experiencias de parto que implican el cuerpo, y permiten comprender la incidencia de la autoridad médica en el proceso de embarazo, parto y postparto; así mismo brindan pistas respecto a las formas que adquiere la violencia obstétrica. Sin embargo, la mayoría de estos trabajos no exploran, ni profundizan en el sentir y experiencia de las mujeres como: el dolor

físico, el miedo, la incertidumbre, la vergüenza, la incomodidad, los cortes corporales, la aplicación de medicamentos, los ayunos y la percepción de otras formas de violencia obstétrica que rebasan tanto la perspectiva médica, como lo considerado en la norma. A continuación reviso publicaciones que abordan las relaciones y la percepción de los médicos sobre las mujeres, la violencia obstétrica y el ejercicio de su profesión.

1.4. La violencia obstétrica desde la mirada del personal de salud

Una investigación en la cual se analizan más a profundidad las relaciones humanas entre el personal médico y las mujeres embarazadas se realizó recientemente en Brasil titulado: “*La violencia obstétrica: la percepción del médico en la sutil dimensión de la relación médico-paciente*” (Muller y Nunes de Faria, 2019). Se trata de un estudio cualitativo en un hospital de enseñanza en el sur de Brasil. Los datos fueron recolectados por medio de cuestionarios preparados por el autor con preguntas abiertas y/o respuestas en la escala de Likert. La muestra incluyó 23 doctores relacionados en partos. La información fue analizada en categorías y subcategorías de aproximación temática. En este estudio las autoras describen que la relación que se establece durante el parto está cargada de emociones y juicios por parte del personal de salud. De acuerdo con las investigadoras:

Durante el parto las mujeres son las protagonistas y no razonan la forma en que actúan, ya que se encuentran en un evento primitivo, visceral y dramático en el que no pueden procesar conscientemente todas las reglas sociales y el comportamiento apropiado llevando a la mujer a gritar y hacer cosas que no haría en circunstancias distintas (Muller y Nunes de Faria, 2019, p.5).

Esta postura de Muller y Nunes de Faria supone que las mujeres no somos capaces de tomar decisiones o relacionarnos según las normas durante el parto; esta afirmación es un

sesgo peligroso, pues puede incluso servir de justificación para que no se respete la autonomía de las mujeres bajo estas circunstancias. Lo anterior evidencia que en el estudio en cuestión los discursos médicos están presentes también en las investigadoras, quienes son médicas gineco obstetras. Con la afirmación que realizan sobre el comportamiento de las mujeres, muestran una postura esencialista sobre el ser mujer que recae en un estereotipo de pasividad e irracionalidad. Si bien es cierto, el momento de la labor de parto se vive como una experiencia compleja que involucra dolor y miedo, las mujeres podemos vivirla de formas diferentes. Ver a las mujeres de esa forma es parte importante del problema, es deshumanizante; y desde esta postura, el médico, quien se percibe superior, tiene el poder de decidir sobre los cuerpos de las mujeres.

Según los hallazgos de este estudio, son mejor aceptadas las pacientes bien informadas y tienen una mejor relación con el médico. Sin embargo, Muller y Nunes de Faria (2019), encontraron en sus resultados que cuando una mujer cuestiona, rechaza o confronta al médico sobre algún procedimiento de rutina, el médico la cataloga como inconveniente y le es más difícil respetar su autonomía. También los médicos entrevistados se perciben como "víctimas de las víctimas" pues sufren faltas de respeto a su práctica profesional y su autoridad médica por parte de las pacientes y sus familiares; los obstetras entrevistados del estudio consideran que todas las mujeres tienen derecho a decidir; sin embargo, según las investigadoras, cuando hay un desacuerdo de opiniones, es la autoridad médica la que debe tomarse en cuenta por el bienestar de la madre y el bebé.

Otro aspecto que encuentro relevante y distinto en esta investigación es que se habla también de una violencia contra el propio médico por parte de las estructuras institucionales. De acuerdo con Muller y Nunes de Faria (2019), todos los obstetras de este estudio se perciben víctimas por las condiciones de precariedad bajo las cuales trabajan; las cargas excesivas de

trabajo; y la falta de camas en los hospitales en el servicio público. Esta investigación pone en la mesa un aspecto importante cuando se habla de los servicios de salud público relacionados con el contexto, con las condiciones materiales bajo las cuales trabajan los médicos pero también bajo las cuales las mujeres son atendidas; así como la forma en que esas desigualdades marcan sus experiencias de parto. Ellas concluyen que la percepción del médico sobre la relación con las mujeres que atienden, es una relación subjetiva y paradójica; en su estudio reconocen y hacen énfasis en que es una relación jerárquica donde existe una desigualdad de poderes; y donde las mujeres están bajo la influencia de la autoridad médica.

María Raquel Pozzio (2016) realizó una investigación sobre las experiencias del personal médico desde un abordaje antropológico, en su artículo llamado *“La gineco obstetricia en México: Entre el parto humanizado y la violencia obstétrica”*. La autora parte de los fenómenos de feminización de la práctica médica y la problematización de la violencia obstétrica y describe tres diferentes posturas de los médicos ante las prácticas del parto humanizado desde los más abiertos, las resistencias y las posturas intermedias. Señala que las posturas abiertas estaban relacionadas más a la edad y menos al género del profesional. A partir de entrevistas a dos doctoras que percibieron que en sus prácticas ejercían la violencia de forma reactiva, según sus propias palabras, se pudo constatar cómo aquellas, mujeres que han sufrido algún tipo de violencia también, son propensas a ejercerla en su profesión.

Concluye Pozzio (2016) que, la experiencia de las mujeres en la medicina refleja esta diversidad de posturas; pero también es cierto que los modos concretos en que viven y reaccionan a las paradojas se asientan sobre las ideas que se han construido de lo femenino como no violento; y sobre las tensiones dentro del campo de la medicina por las propuestas del parto humanizado. Esto permite pensar en el género sin esencialismos, pero como una dimensión central de esa experiencia profesional. Pozzio se plantea la pertinencia de estudiar

la feminización del campo de la gineco obstetricia porque son las mujeres gineco obstetras, las que son señaladas como las que más frecuentemente ejercen la violencia obstétrica por los actores del campo. Sin embargo, en su estudio no queda claro quiénes son los actores de campo que señalan a las mujeres obstetras como las más violentas.

Las investigaciones sobre violencia obstétrica que se han realizado en Latinoamérica demuestran que es un problema presente en la realidad de muchas mujeres. El aporte de estas investigaciones radica en complejizar el objeto de estudio. Aunque en algunas caracterizan principalmente las intervenciones que se realizan en los hospitales públicos durante la labor de parto, permiten reconocer mecanismos de control que se ejercen sobre los cuerpos de las mujeres; así como los discursos que se tienen sobre los cuerpos gestantes de las mujeres; incluso en el discurso de los mismos investigadores, que en su mayoría provienen de las ciencias de la salud. Sin importar el género de los investigadores deja ver el androcentrismo en las ciencias y la producción de conocimiento que deja de lado los aspectos que las mujeres pueden considerar significativos de sus experiencias de embarazo, parto y postparto; lo que puede significar falta de claridad y sesgos en la investigación. Por ello, tomo la decisión de estudiar esta problemática desde un abordaje sociocultural.

Esta perspectiva permite analizar la complejidad del fenómeno en el contexto dónde se presenta; comprender los discursos sobre el cuerpo de las mujeres y las prácticas de la violencia en la experiencia de las mujeres que lo vivieron. Ellas se encuentran en el centro de la presente investigación. La mayoría de los estudios que aquí presento, carecen de un ejercicio de reflexividad por parte de las y los autores. No se sitúan o se posicionan respecto a su papel en la investigación. En esta investigación considero importante mirarme a mí misma, al mismo tiempo que estoy reflexionando sobre la experiencia de las otras mujeres como mujer, como madre y como investigadora.

CAPÍTULO 2. Experiencia, cuerpo y poder obstétrico: un abordaje feminista

En este capítulo reviso distintos abordajes teóricos y conceptuales que tomaré como referencia para el desarrollo de mi investigación. Parto de perspectivas sociológicas, socioculturales y feministas para definir la categorías de experiencia, cuerpo y poder obstétrico, al tiempo de otros conceptos que me permitan pensar la relaciones de poder; también revisaré algunas definiciones desde los marcos legales de la violencia obstétrica que permiten ubicar el problema dentro de la violencia de género lo cual tiene implicaciones políticas.

2.1 Experiencia y cuerpos de las mujeres

Como he mostrado en el capítulo anterior, tanto la noción de violencia, como la evidencia empírica sobre el ejercicio del poder obstétrico han sido ampliamente abordados en la bibliografía. Sin embargo, en el desarrollo de estos conceptos, y en muchos de los estudios, lo que está ausente es la pregunta sobre la experiencia de las mujeres; así como la incidencia que el poder obstétrico ejerce sobre ellas. En este apartado me interesa definir la categoría de experiencia como una noción compleja que incorpora el cuerpo vivido de las mujeres; asimismo, explicaré cómo se articula el poder obstétrico con el conocimiento, la autoridad y las prácticas médicas en relación con el cuerpo femenino, el cuerpo reproductivo y la experiencia vivida de las mujeres durante el embarazo, parto y postparto.

Entiendo la experiencia de las mujeres desde una postura feminista. Se trata de un término con múltiples y variadas acepciones, pero que ha sido fundamental para el feminismo; su relevancia proviene de la crítica a los sesgos históricos y científicos donde se oculta e invisibiliza la voz de las mujeres. La experiencia se articula de manera compleja con la categoría de género; en la medida en que es a través de la primera que podemos comprender

cómo se constituyen las subjetividades (Bach, 2010); y por tanto los diferentes sentidos que adquiere la propia categoría de mujer.

Para entender entonces la noción de experiencia, es necesario también definir la categoría de género. Esta surge en los estudios feministas de los años setenta y tiene distintas acepciones que han sido enriquecidas, re-elaboradas y criticadas desde diferentes corrientes de pensamiento (Sosa-Sanchez, 2013). Una de las principales críticas se refiere a lo problemático que es utilizar el género como categoría de identidad, por las construcciones totalizadoras y homogeneizantes que no reconocen la multiplicidad y por su insuficiencia para dar cuenta de las desigualdades (Haraway, 1991; Sosa-Sanchez, 2013). El género como concepto, se ha relacionado principalmente con la noción de patriarcado para explicar y entender las relaciones de poder desiguales. Sin embargo, aunque las diferentes corrientes del feminismo han enfatizado aspectos distintos de la definición del patriarcado (Sosa-Sanchez, 2013) ese concepto ha sido muy criticado por considerarse universalista y no reconocer que la opresión de género es particular de acuerdo al contexto en el cual se produce (Butler, 2007).

De acuerdo con Butler (2007) los principales debates para la construcción del género giran entre al menos dos posturas desde los estudios feministas. Por una parte, las que ven al género como una característica secundaria de las personas y por otra parte las posturas que consideran que la misma noción de persona como sujeto parte de la negación de la existencia de un género femenino. No es posible definir el género como si se tratara de algo estable; más bien, al igual que cualquier construcción esta cambia, y se elabora a partir del lugar y el tiempo. En ello radica la importancia de la contextualización que señala Butler. Además este se encuentra con otros elementos como la raza, la clase y otras intersecciones políticas y culturales (Butler, 2007).

Teresa De Lauretis es otra autora que desde los estudios feministas contribuye a estas discusiones. Coincido con la perspectiva de esta autora porque reconoce las relaciones complejas entre el género, el cuerpo y las representaciones. Para De Lauretis (1989) el género es “la representación de una relación social” esa representación además le asigna una posición a la entidad dentro de una clase en relación a otras. Por lo tanto el género se construye a partir de las relaciones, estas construcciones no son leyes culturales determinadas (Butler, 2007) inscritas en los cuerpos pues ninguna construcción es total (Haraway, 1991).

De Lauretis parte de los estudios sobre la sexualidad de Foucault para pensar el género como una tecnología del sexo; con esta noción, De Lauretis (1989) explica que las representaciones son producto tanto de las tecnologías, los discursos institucionalizados, de epistemologías y de prácticas críticas como de la vida cotidiana. Por lo tanto el género es una producción mediada por la cultura lo cual se explica a continuación:

El sistema sexo-género, en suma, es tanto una construcción sociocultural como un aparato semiótico, un sistema de representación que asigna significado (identidad, valor, prestigio, ubicación en la jerarquía social, etc.) a los individuos en la sociedad. Si las representaciones de género son posiciones sociales que conllevan diferentes significados, entonces, para alguien ser representado y representarse como varón o mujer implica asumir la totalidad de los efectos de esos significados. Así, la proposición que afirma que la representación de género es su construcción, siendo cada término a la vez el producto y el proceso del otro, puede ser reformulada más exactamente: la construcción del género es tanto el producto como el proceso de su representación (De Lauretis, 1989, p.11).

En este sentido, pensar en la mujer como categoría y como sujeto ha sido también un tema que las teorías feministas continúan debatiendo. Judith Butler retoma esta discusión que expone en la siguiente cita:

En su mayoría la teoría feminista ha asumido que existe cierta identidad, entendida mediante la categoría de las mujeres, que no solo introduce interés a los objetivos feministas dentro del discurso, sino que se convierte en el sujeto para el cual se procura la representación política. Pero *política* y *representación* son términos que suscitan opiniones contrapuestas. Por un lado, representación funciona como término operativo dentro de un procedimiento político que pretende aliar la visibilidad y la legitimidad hacia las mujeres como sujetos políticos; por otro la representación es la función normativa de un lenguaje que, al parecer, muestra o distorsiona lo que considera verdadero acerca de la categoría de la mujer (Butler, 2007 p. 46).

Existen entonces requisitos para ser sujeto y estos deben cumplirse antes de que pueda inscribirse en la representación. Los sujetos entonces son producidos y regulados por sistemas jurídicos de poder (Butler, 2007).

Existe precisamente la dificultad de poder incluir en una sola categoría todo lo que una es, además el género no siempre se constituye de forma coherente, por lo tanto la representación de mujer no puede entenderse como unidad (Butler, 2007) sino como relaciones entrelazadas, sin dualismos que reconoce ambivalencias, multiplicidad de valores y contradicciones (Haraway, 1991). Por lo tanto, pensar en la mujer no es pensar en identidad, pues esta noción dejaría de lado las subjetividades. Teresa de Lauretis, afirma que “la construcción de género prosigue hoy a través de varias tecnologías de género [...] y de discursos institucionales [...] con poder para controlar el campo de

significación social y entonces producir, promover e “implantar” representaciones de género (De Lauretis, 1989 p.25).

El género entonces se presenta como una categoría problemática dada su relación con los discursos hegemónicos sobre la categoría de mujer; sin embargo, De Lauretis plantea que existen construcciones diferentes de género que subsisten “en los márgenes de [estos] discursos hegemónicos. Ubicados desde afuera del contrato social heterosexual e inscriptos en las prácticas micropolíticas, estos términos pueden tener también una parte en la construcción del género, y sus efectos están más bien en el nivel “local” de las resistencias, en la subjetividad y en la auto-representación” (De Lauretis, 1989 p.25).

La categoría de mujer de acuerdo con Butler, es un concepto incompleto, pero también da espacio a posibilidades y a pensar que no existen experiencias únicas, sino compartidas (Haraway, 1989) y que el lugar que se le ha asignado, no está determinado ni terminado; es un espacio dialógico y dinámico. En ese sentido, la experiencia vivida permite avizorar no sólo la incidencia de los discursos hegemónicos, sino también la posibilidad de reconfiguración de las representaciones de las mujeres.

La noción de experiencia es importante para el feminismo como objeto de estudio y como herramienta epistémica. De acuerdo con Catalina Trebisacce (2016), el concepto de experiencia nace en los estudios de género de la necesidad de crear marcos interpretativos que cuestionen los existentes: "la experiencia fue convocada para que pudiera hablar de aquello para lo cual la ciencia neutral no tenía ni palabras ni protocolo de experimentación" (p.289). Trebisacce explica que la experiencia busca dar testimonio de las formas de dominio y opresión de sujetos subalternos. Esta forma de construcción

de conocimiento no es neutral, sino un conocimiento político y situado que se introdujo al saber académico.

De acuerdo con Teresa de Lauretis (1989), la experiencia es lo que permite a los seres sociales construir la subjetividad. Los significados que se construyen a partir de ella son dinámicos y están en constante cambio, de acuerdo al compromiso continuo con la realidad social; para el caso de las mujeres son centrales las relaciones sociales de género.

Desde una lectura feminista postestructuralista, Joan Scott (2001) articuló la noción de experiencia como “sujeto de la historia”; propuso que para comprender la experiencia de las mujeres, era necesario estudiar los procesos de construcción del sujeto, al tiempo que se analizan las relaciones entre discurso, cognición y realidad; de manera que cobra relevancia la posición del sujeto para el conocimiento que produce. Su noción de experiencia centra su interés en el discurso, de manera que la experiencia se convierte en un evento lingüístico que no está confinado a un orden fijo de significado. Sin embargo, esta noción le valió una seria crítica desde otras posturas feministas; especialmente desde miradas fenomenológicas que cuestionan en primer lugar, la ausencia de la materialidad, esto es del cuerpo, y por otro la exclusión de su definición, de experiencias que no pueden verbalizarse a través del lenguaje.

Ante la crítica a la noción de experiencia de Scott (2001), retomo de otras postestructuralistas la importancia de articular el cuerpo como parte fundamental de una definición de la experiencia de las mujeres. Para Judith Butler (1990), el cuerpo es una materialidad que contiene significados que lleva de modo dramático:

por dramático sólo quiero decir que el cuerpo no es mera materia sino una continua e incesante materialización de posibilidades. No se es simplemente un cuerpo sino que, en un sentido absolutamente clave, el propio cuerpo es un cuerpo que se hace y, por

supuesto, cada cual hace su cuerpo de manera diversa a la de sus contemporáneos y también a la de sus antecesores y sucesores corporeizados (Butler, 1990 p.299).

Desde un punto de vista feminista, siguiendo a Butler (1990), se puede intentar re-concebir el cuerpo con género más como una herencia de actos sedimentados que como una estructura predeterminada o concluida, una esencia o un hecho, sea natural, cultural, o lingüístico. Estos actos del sujeto que devienen de “una apropiación feminista de la teoría fenomenológica [permiten] emplear la idea de acto en un sentido ricamente ambiguo. Si lo personal es una categoría que se expande hasta incluir las más amplias estructuras políticas y sociales, entonces los actos del sujeto con género son similarmente expansivos” (p.302).

2.2. Cuerpo reproductivo, discurso biomédico y gestión del cuerpo

En lo que a esta investigación concierne, se hace necesario preguntarse por la noción de cuerpo en relación con las mujeres, pero también con la maternidad; circunstancia que enmarca la experiencia vivida de las mujeres de mi estudio. Desde inicios de la filosofía se ha discutido esta relación; algunas de las concepciones actuales según Elizabet Grosz (1994), son herencia de la antigua Grecia. El cuerpo de la mujer era visto como receptáculo pasivo que no estaba involucrado en la reproducción, sólo en el cuidado. Los términos de cuerpo y de mujer son ambos conceptos subordinados dentro de la dicotomía cuerpo/mente mujer/hombre. Ambos conceptos se contraponen y son mutuamente excluyentes; siendo el cuerpo y la mujer relacionados con lo disruptivo, con necesidad de dirección y gobierno. El cuerpo es opuesto a la mente, a las ideas y al conocimiento, por lo tanto, la mujer se encuentra imposibilitada de producir ideas y conocimiento, que se presentan como un privilegio de lo masculino (Grosz, 1994).

El conocimiento sobre el cuerpo, en este caso, el cuerpo reproductivo de la mujer, se ha construido a lo largo de la historia, enmarcado en discursos, ideas y representaciones que están presentes en los mitos, en la literatura, en el arte, entre otras; y que evocan la fascinación y el miedo como una relación ambivalente (Ussher, 2016). El cuerpo reproductivo

[es] considerado peligroso y profanado, el mito de lo femenino monstruoso hecho carne, pero también un cuerpo que provoca adoración y deseo, embelesamiento con los misterios internos [...] donde la mujer es posicionada como poderosa, impura y corrupta, fuente de contaminación moral y física; o como sagrado, asexual y nutritivo, significativo fantasmático de amenaza extinguida. En el centro de este posicionamiento del cuerpo femenino como monstruoso o benéfico es la ambivalencia asociada con el poder y el peligro percibidos como inherentes a la carne fecunda de la mujer, su útero que gotea, gotea y sangra como un lugar de contaminación y fuente de temor. (Ussher, 2016, p.1)

María del Carmen García (2007) coincide también afirmando que el cuerpo de las mujeres ha sido visto en dos dimensiones polarizadas: por un lado, como símbolo positivo, por la procreación y maternidad (el deber ser) y por otro lo negativo por ser erótico o desatar pasiones (que se asumen como pecados en el imaginario religioso occidental). De esa forma el cuerpo de la mujer es apropiado por otros (p.239). Estas nociones sobre el cuerpo reproductivo son importantes para mi estudio pues considero que los discursos sobre los cuerpos de las mujeres se convierten en la experiencia vivida por las mujeres de mi estudio, en actos o prácticas de los profesionales de la salud.

La maternidad y el cuerpo reproductivo son elementos de sentido fundamental para la constitución normativa de la feminidad; por lo tanto, inciden en el proceso de sujeción de las mujeres. Los cambios “encarnados” que acompañan el embarazo, como el sangrado por

ejemplo, están unidos de forma inseparable al sentido discursivo de la fecundidad como un debilitamiento del cuerpo y un lugar de peligro para las mujeres; estos signos, se exponen como significantes del exceso femenino (Ussher, 2006). Frente a estos efectos del discurso, Judith Butler enfatiza que en un marco altamente regulado, donde se producen ideas sobre el carácter “natural” de los cuerpos reproductivos, el efecto es la cosificación de las mujeres como criaturas rebeldes pues tienen el control de sus cuerpos. Sin embargo, no existe un cuerpo reproductivo “natural” que preexista a este tipo de discurso. El cuerpo reproductivo entonces, se convierte en un ideal y en una aspiración para las mujeres

[Aquellas] que fallan en este control, que fallan en realizar la feminidad dentro de los estrechos límites dentro de los cuales se prescribe en cada etapa del ciclo de vida reproductiva, corren el riesgo de ser posicionad[a]s como loc[a]s o mal[a]s, y sujet[a]s a disciplina o castigo, que se disfraza de tratamiento o rehabilitación para disfrazar su intención reguladora. Como comenta Butler: "Si la 'causa' del deseo, el gesto y el acto puede localizarse dentro del 'yo de [la] actor[a], entonces las regulaciones políticas y las prácticas disciplinarias que producen ese género ostensiblemente coherente quedan fuera de la vista' (Butler en Ussher 2006, p.110).

Las ideas sobre el cuerpo reproductivo están arraigadas culturalmente. Mahler, citado en Ussher (2006), afirma que el sentido de gestión biomédica del cuerpo, no solamente se encuentra presente en el discurso médico, si no que, también las mujeres interiorizan estos sentidos que difunden la creencia de que las mujeres embarazadas son pasivas frente a la experiencia médica. Por otro lado, el conocimiento sobre el propio cuerpo, es también susceptible de entenderse como un proceso que ocurre durante el embarazo, como si antes de éste, el cuerpo fuera algo desconocido, incluso para las propias mujeres; de ahí que los discursos médicos que se difunden a través de textos de autoayuda o sobre el cuidado de las

mujeres, invitan a estas a “conocer sus cuerpos”, “descontextualizando así el embarazo de la subjetividad y haciendo más probable que una mujer se someta al escrutinio de los expertos” (Ussher 2006, p.21).

En este tipo de literatura se promueve la disciplina y el control de los cuerpos de las mujeres, de manera autogestionada; se refuerza la idea de durante el embarazo, son las hormonas las que gobiernan los cuerpos de las mujeres; por lo tanto los cambios de humor, la depresión ocasional, las lágrimas y los sentimientos de ira, se deben controlar en la búsqueda de un “yo mejorado” (Mahler citado en Ussher, 2006). Durante el embarazo, las conductas emocionales y afectivas de las mujeres son catalogadas entonces como manifestaciones de este descontrol; de manera que se las exhorta a ser “amables y accesibles, no agresivas ni dogmáticas” con el personal de salud.¹⁴ La convergencia de ideas sobre la buena y mala mujer se hacen presentes en estos discursos y tienen incidencia en la experiencia de las mujeres:

Es por el bien del niño por nacer que las mujeres deben ser buenas. Se depositan expectativas similares en la mujer que va a dar a luz, de la que se espera que controle sus emociones [...] que sea capaz de controlar el proceso del parto mediante la asistencia a las clases prenatales, y que respire para alejar el dolor [20]. Estos discursos sobre la autodisciplina y la gestión del cuerpo, en los que el cuerpo gestante es tratado como un objeto mecánico sujeto a la voluntad de la mujer, y las mujeres embarazadas se rigen por instrucciones sobre cómo tener un "buen embarazo" o un "buen parto" [26], pueden llevar a las mujeres a experimentar decepción y dificultades, ya que puede ser imposible conciliar el cuerpo gestante y de parto fuera de control con el grado de control

¹⁴ Algunos de los textos a los que refiere Mahler, en Ussher (2006) se discuten en el contexto Británico y son el libro de autoayuda elaborado por el Royal College of General Practitioners del Reino Unido; o el folleto del National Childbirth Trust británico. Sin embargo, como mostraré más adelante, estas concepciones también se pueden encontrar en el contexto mexicano, en los discursos de las mujeres y del personal médico.

que se espera que tengan las mujeres, dado que muchos aspectos del embarazo y el parto no pueden ser activados por la voluntad [29] (Ussher 2006, p.21)¹⁵

Los discursos sobre el cuerpo de las mujeres se articulan también con una vigilancia constante. Según Ussher (2006) se trata de una gestión del cuerpo fecundante, donde la vigilancia se presenta por primera vez a partir de la menarquía. La sangre menstrual se concibe como un signo de contaminación y debilitamiento, por lo que debe ocultarse, mantenerse en silencio y ser objeto de vergüenza y obliga a un disciplinamiento a través de normas de higiene específicas. Las mujeres menstruantes, son vistas como “como débiles, erráticas y poco fiables” (Ussher, 2006).

El cuerpo reproductivo, como cuerpo embarazado, adquiere un estatus de enfermedad ante los discursos biomédicos: un objeto que debe vigilarse, intervenir y someterse al control tecnológico. De ahí que todos los procesos presentes en este cuerpo se catalogan y definen en un sentido patológico:

En el caso de los síndromes reproductivos -el síndrome premenstrual (SPM), la depresión postnatal y el síndrome climatérico- el problema se sitúa en el interior: el monstruo de la máquina de la feminidad se sitúa como una disfunción endocrina o de los neurotransmisores, o de las "hormonas sexuales femeninas", una patología dentro de la mujer, fuera de su control (pero dentro del control de los expertos médicos, se nos asegura). De hecho, la fecundidad se considera tan perjudicial para la salud mental de las mujeres que se las culpa de tener mayores tasas de depresión que los hombres; la "hormona sexual", el estrógeno, se considera la causa (Ussher, 2006, p.15).

¹⁵ Todas las traducciones son mías.

El sociólogo Irvin Zola (1976), afirma que la medicina en Estados Unidos, logró su reivindicación a través del control de la atención a los procesos prenatales, postnatales y pediátricos, en la década de los setenta. El autor lo define como “la ilustración más esclarecedora” para la medicina; esto es, lograr que las mujeres embarazadas, acudieran directamente a un centro médico, en lugar de que los nacimientos se produjeran por fuera de los hospitales. Lo anterior implicó una sofisticación de los procesos “relacionados de la atención prenatal, postnatal y pediátrica; de la concepción y la infertilidad; de la reproducción y la actividad sexual en sí misma; no sólo de la cuestión del aborto, sino de si se debe permitir incluso que la vida comience (por ejemplo, en el asesoramiento genético)” (Zola, 1976, p.212).

Para esta investigación, consideraré entonces, la presencia de estas ideas de la gestión del cuerpo, así como de los discursos biomédicos sobre el cuerpo reproductivo, fecundante, gestante y de la feminidad monstruosa, como parte en la experiencia de las mujeres de mi estudio. Sin embargo, asumo en este trabajo que no concibo el cuerpo embarazado como un cuerpo enfermo, pero sí, la existencia de estos discursos. En ese sentido, me interesa también explorar la experiencia material del cuerpo de las mujeres y su articulación con los significados, pero desde las propias narrativas de las mujeres, de la expresión de sus propias vivencias. Por lo anterior, considero importante retomar también otros enfoques que discutan el carácter encarnado de los cuerpos y la forma en que estos sentidos, se expresan en las historias de las personas.

2.3. La experiencia encarnada de las mujeres en el embarazo, parto y postparto

Arthur Frank se refiere con la ética encarnada de los cuerpos, a las narrativas de las historias encarnadas de la enfermedad, en su caso, no solo como testigos “ por lo que cuentan sobre sus cuerpos sino también testifican valores a través de su ser y su presencia” (Fraser y Greco,

2005 p.31). Si bien los procesos de embarazo, parto y posparto no son enfermedades, son experiencias en las cuales se encuentran presentes diversas sensaciones como el dolor y el placer, el miedo. Frase y Greco (2005) reconocen la importancia de las narrativas de los cuerpos:

Esto significa que recibir verdaderamente la historia implica quedarse con el narrador encarnado y ofrecer la presencia encarnada para comulgar (o vivir en y con) el dolor / conocimiento del otro. Los cuerpos, en esta perspectiva, pueden considerarse éticos al menos de dos maneras: en primer lugar, en la medida en que su propio ser es la fuente de valores y juicios de valor particulares; y en segundo lugar, en la medida en que sean capaces y estén listos para implicarse en relaciones de testimonio, o para convertirse en lo que Frank llama "cuerpos comunicativos" (p.31).

Giulia Marchese (2019) explica que “el cuerpo de cada mujer es lo que le permite tener experiencia del mundo, una experiencia que está estructuralmente marcada por una violencia selectiva, parametrizada según sexo/género, raza, color de piel, edad, nacionalidad y condición de clase” (p.10). Por su parte Hellen Marshall (1999) sostiene que el cuerpo es individual y social. “El yo encarnado es una creación y recreación de las interacciones sociales y en torno a la acción corporal” (p.71). Es por eso que cuando se habla de una experiencia corporal como el embarazo o la labor de parto debemos considerar que estas se encuentran en diálogo con otros cuerpos presentes o imaginarios. La autora entiende que los cuerpos imaginarios son por ejemplo las referencias que tenemos de otros cuerpos para comprender nuestras sensaciones. El conocimiento que tenemos sobre lo que hemos leído o aprendido

sobre cómo los expertos han descrito el parto, todo eso se encuentra codificado y encarnado en la experiencia misma (Marshall, 1999).

En esta investigación entiendo que la experiencia de las mujeres en los procesos de embarazo, parto y postparto se encuentra intrínsecamente ligada al poder a través del conocimiento; y el cuerpo, es un elemento clave para definir el sentido de esta relación. Linda Martin Alcoff afirma que en el proyecto autocrítico de la teoría feminista euroamericana contemporánea, el cuerpo sexual es un elemento mediador del saber “componente constitutivo de la razón, y una condición del derecho a saber (Martin, 2010 p.39). Sin embargo, como cuestiona la autora, el saber se ha significado en la historia como un atributo exclusivamente masculino y en oposición a la encarnación femenina; por lo tanto, “requiere la exclusión, la trascendencia e incluso la dominación de lo femenino, de las mujeres y del dominio tradicional de las mujeres” (Martin, 2010 p.39).

Desde la fenomenología crítica, algunos autores afirman que los malestares asociados al cuerpo femenino, se conforman en términos políticos, sociales y culturales, a partir de las opresiones derivadas de las asimetrías sociales y sus significados sobre los cuerpos sexuados (Scheper-Hughes y Lock, en Sosa-Sanchez, 2019). Las instituciones tienen un rol importante en configurar este malestar:

lo que contribuye a la construcción y despliegue de controles, dispositivos y presiones sociales que, aunque no están ausentes de la vivencia incorporada de los hombres, adquieren una expresión específica desde la subordinación social en la que son socializadas y posicionadas en el espacio social las mujeres, sobre todo aquellas que se encuentran inmersas en situaciones sociales más precarias. Es también importante destacar, que las formas en que las mujeres (y los hombres) hablan y piensan de sus

cuerpos no pueden separarse de la experiencia física de los mismos, ni de los discursos culturales contradictorios (y en ocasiones, en competencia) a través de los cuales éstos son interpretados y significados [Bourdieu 2000]. (p.77) (Sosa-Sanchez, 2019 p. 77).

Me interesa en mi investigación recuperar la forma en que las mujeres hablan y piensan de sus cuerpos; así como la forma en que comparten sus experiencias; y considero que en el trabajo con ellas, será posible encontrar una reflexividad que como señala Merleau-Ponty “aparecería de manera excepcional cuando la persona se asume como sujeto trascendental, o cuando “...sectores o funcionamientos fisiológicos y aun meramente físicos del organismo... no llegan a integrarse en la personalidad individual” (Aisenson Kogan, 1981: 290). Un ejemplo de esto, según Kogan (1981), es cuando “somos conscientes de la textura de nuestros tejidos, del flujo sanguíneo, del latido del corazón, etc” (p.116). Pondré entonces especial atención a estas expresiones de la experiencia en las narrativas de las mujeres.

2.4. La violencia obstétrica, el poder obstétrico y la autoridad médica

En la experiencia de las mujeres, consideraré como una forma de poder, el poder obstétrico que en muchos sentidos, funciona como una forma de violencia ejercida sobre las mujeres. Aunque existen diversos conceptos de violencia obstétrica Belén Castrillo (2016) afirma que su definición es problemática y la razón gira en torno a las disputas de legitimidad entre dos aproximaciones: las definiciones objetivas que parten de los marcos legales, políticos y académicos y las significaciones subjetivas sobre prácticas obstétricas violentas; que provienen de las experiencias de las mujeres que pueden ser percibidas como violentas. Según esta autora, las definiciones no son estáticas y estas cambian de acuerdo con las sensibilidades sociales (2016). Según el marco legal, la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género que atenta contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y

su autonomía. Reconociendo que existe una tensión y contradicción entre las definiciones objetivas y las subjetivas.

En las investigaciones realizadas en las salas de parto se han observado diversas conductas violentas por parte del personal que van desde agresiones verbales como regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas y humillaciones (Espinoza-Reyes, 2019). Y la atención médica como la manipulación de la información y negación al tratamiento sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna; aplazamiento de la atención médica urgente; así como la indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos. No consultar o informar a las mujeres sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto; utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana; el manejo del dolor durante el trabajo de parto como castigo y la coacción para obtener su consentimiento; hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada; o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos (Muller y Nunez, 2019; Castro y Erviti, 2015; Villanueva, 2010).

Una de las definiciones más completas de violencia obstétrica que he localizado, proviene de los estudios de género realizados por la investigadora Silvia Bellón Sánchez que la reconoce como:

Las prácticas de violencia obstétrica solo pueden comprenderse como el resultado de la intersección de relaciones de poder vinculadas al género, de saberes y de jerarquías de clase, que interactúan en las luchas por la apropiación y legitimación del conocimiento y el manejo de la atención a la salud en el campo concreto de la atención a la salud reproductiva. De manera que, las tensiones generadas por estas jerarquías se reflejan en narrativas opuestas acerca de lo que es el parto y

nacimiento y de cuáles son los procedimientos adecuados para asistirlo. Estas constituyen elementos importantes para comprender las lógicas que subyacen los debates actuales en torno al tema (Bellón, 2014, p. 21).¹⁶

Lo que resulta problemático de utilizar los conceptos de violencia obstétrica ya sea provenientes de los marcos legales o los estudios de género no radica en lo objetivo o subjetivo de sus definiciones, como lo propone Belén Castrillo; sino que, a pesar que se reconoce que las relaciones de poder se enfrentan y existen tensiones como lo explica Bellón, la violencia puede entenderse como un enfrentamiento en el que se somete por completo a la “otra” convirtiéndola en un sujeto pasivo sin posibilidad de acción (Foucault, 1988).

Michael Foucault en *El sujeto y el poder* (1988) reconoce que el “el poder no es solo una cuestión teórica, sino que forma parte de nuestra experiencia” (p.4), por lo tanto, debe estudiarse en las relaciones de poder y no como un concepto abstracto. Para analizar las experiencias de embarazo, parto y postparto considero necesario explicar las relaciones de poder de las que habla Bellón. Es por ello que abordaré mi trabajo desde el concepto de poder y no desde el de violencia. Al respecto, Foucault (1988) explica la distinción, en la siguiente cita:

Una relación de violencia actúa sobre un cuerpo o sobre cosas: fuerza, somete, quiebra, destruye: cierra la puerta a toda posibilidad. Su polo opuesto sólo puede ser la pasividad, y si tropieza con cualquier otra resistencia no tiene más opción que intentar minimizarla. En cambio, una relación de poder se articula sobre dos elementos, ambos indispensables para ser justamente una relación de poder: que "el otro" (aquel sobre el cual esta se ejerce) sea totalmente reconocido y que se

¹⁶Traducción propia.

le mantenga hasta el final como un sujeto de acción y que se abra, frente a la relación de poder, todo un campo de respuestas, reacciones, efectos y posibles invenciones. La puesta en juego de relaciones de poder no es, evidentemente, más exclusiva del uso de la violencia que de la adquisición del consenso (p.14).

Foucault entiende el ejercicio de poder como “una manera de estructurar la forma de acción sobre los otros”(1988, p.16); propone que para analizar las relaciones de poder se debe tener en cuenta las modalidades instrumentales como los mecanismos de control. A partir del concepto de *poder* de Foucault y las teorías feministas, Gabriela Arguedas Ramírez explica qué es y por qué se ejerce la violencia obstétrica y para ello propone la siguiente noción de *poder obstétrico*:

El poder obstétrico vendría a ser esa forma de poder disciplinario enmarcada dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y, por lo tanto, se ejerce en un territorio género-específico: los cuerpos que pueden embarazarse y parir. La microfísica del poder que se hace presente en este ejercicio produce unos cuerpos dóciles y sexuados; son los cuerpos que, en la estructura social del patriarcado, requieren de un disciplinamiento particular para encauzar la economía de la reproducción, para lo cual ese poder obstétrico dispone de ciertas tecnologías disciplinarias (p.156).

La relación de poder entre el médico y la mujer gestante se enmarca en una visible desigualdad porque no hablan el mismo lenguaje de la ciencia y su saber se ve subyugado frente al saber/poder ejercido por los profesionales de la salud. Existe una doble subyugación, cuando hablan sobre sus procesos fisiológicos biológicos del embarazo, parto y puerperio y por la

posición que ocupa la mujer en la estructura social donde se privilegia lo masculino sobre lo femenino (Arguedas, 2014, p. 155).

Desde la sociología, Lorna Weir (2006), analiza diversos estudios foucaultianos sobre la obstetricia. Retoma el concepto de disciplinamiento, pero lo aborda como poder positivo de gobernanza, en lugar de entenderlo como un poder normativo de prohibición. La autora distingue que existe una diferencia de poder entre el *disciplinamiento*, las *anatomo-políticas* y la *biopolítica*. El primero se refiere a un tipo de poder que incide directamente en los cuerpos individuales: aquellas formas en las cuales los médicos instruyen y controlan el cuerpo de la mujer. El segundo tipo de poder es el de la anatomo-política, que a través de la observación continua, entrena los cuerpos individuales con el fin de volverlos útiles y dóciles.

Por otro lado, la biopolítica, según Weir (2006), se enfoca específicamente en lo que le acontece a las poblaciones humanas, estos es: el poder que en nombre de la salud pública se extiende a fenómenos como la mortalidad perinatal o la tasa de nacimientos por medio de mecanismos de regulación. Con lo anterior, la autora afirma que el poder sobre la vida es una suma de estos aparatos de poder articulados por medio de los mecanismos de disciplinamiento y los mecanismos de la biopolítica. En ese sentido los nacimientos se encuentran en el terreno de poder poblacional o biopolítica; y la administración de la vida se desarrolla sobre los cuerpos de los individuos en la práctica médica.

Son los cuerpos de las mujeres entonces los que son administrados y vigilados; Bellón y Arguedas los describen como cuerpos sexuados dóciles a decir de Foucault. El término cuerpo, designa una entidad compleja, múltiple y diversa que encarna la experiencia vivida y las dimensiones físicas y simbólicas de la configuración de los sujetos (Cabra y Escobar, 2014 p.19). De acuerdo con Arguedas (2014), los pabellones de gineco-obstetricia de los hospitales

se asemejan a las prisiones. Son espacios de vigilancia continua donde además los tiempos y el movimiento son controlados y limitados. Quien no respete el orden establecido, puede ser incluso castigada y de esa forma se logra la docilidad, siendo esa la única forma de obtener algún grado de bienestar. Por su parte Espinoza-Reyes (2019) señala que es en la sala de partos donde el poder obstétrico se ejerce de una forma más tajante, pues las mujeres son homogeneizadas al ser despojadas de sus identidades. La utilización de batas y las intervenciones como las episiotomías, la aplicación de oxitocina y otras prácticas que se realizan de forma rutinaria disciplina los cuerpos gestantes convirtiéndolos en pacientes.

Acertadamente reflexiona Rita Segato sobre la violencia de género al señalar que esta se revela cuando es descrita en ejemplos y debido al carácter coercitivo e intimidador de las relaciones de género normales, cualquier gesto puede ser invisible (Segato, 2003). Por lo que para efectos de análisis del fenómeno en la investigación utilizaré, además de las consideraciones anteriores, la tipología de violencia obstétrica utilizada por Jojoa, Chuchumbe-Ledesma, Muñoz, Paja y Suárez (2019). Lo anterior, porque esta tipología integra aspectos explícitos e implícitos de las relaciones entre el personal médico y la gestante; así como los efectos que los distintos tipos de violencia ejercen sobre las mujeres.

En la tipología de Jojoa, et. al. (2019), se refieren a la violencia institucional, como aquella que tiene relación con las políticas institucionales. Son las decisiones escritas que se establecen como protocolos de atención, en relación con los procedimientos administrativos y de prestación de los servicios de salud. En realidad, si se cumpliera la Norma oficial mexicana para la atención a la mujer embarazada y la persona recién nacida toda atención sería libre de violencia. Estas deben garantizar los derechos de las mujeres durante la atención en el proceso obstétrico, contribuyendo a un servicio humanizado y de calidad. Es el personal de salud que en algunas ocasiones, aun conociendo los protocolos, sus prácticas son distintas,

como la inmovilización; sin embargo, los rígidos marcos institucionales y el desconocimiento de las prácticas de cuidado, vulneran con frecuencia la posibilidad de vivir el parto como una vivencia positiva, integral y en familia pues generan en la gestante ansiedad, sensación de indefensión e incomodidad (Jojoa et al, 2019).

La violencia psicológica contra las mujeres en el contexto obstétrico se refiere a acciones como la omisión del derecho a la información y a la autonomía en la toma de decisiones de la gestante y su familia en el embarazo, el proceso de parto y el puerperio. También se contemplan aquellas agresiones verbales por parte del personal médico inapropiadas o que muestran insensibilidad ante el dolor; así como el impedimento de la mujer para expresar sus necesidades libremente (Jojoa et al., 2019).

La violencia simbólica, cuando es ejercida sobre las mujeres se traduce en una actitud de sumisión, adquirida por las mujeres como medio de protección ante una inadecuada atención, como regaños o aislamiento (Jojoa et al., 2019 p. 143). De igual forma, la docilidad por parte de las gestantes resulta de la naturalización de la violencia en los procesos de trabajo de parto, por interiorizaciones de experiencias anteriores, por eventos que presenciaron o por relatos de otras mujeres. Bourdieu explica que la violencia simbólica es invisible para sus propias víctimas; que se ejerce desde lo simbólico de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término, del sentimiento. Esta relación común permite entender la lógica de la dominación ejercida en nombre de un principio simbólico conocido y admitido tanto por el dominador como por el dominado (Bourdieu, 2000, p. 5).

Como he mencionado antes, la relación entre poder y conocimiento es fundamental para entender la experiencia de las mujeres en los procesos de embarazo, parto y postparto.

Por ello, la importancia de hacer visibles aquellos discursos que permean la práctica médica y que definen al personal médico como una autoridad que posee el conocimiento verdadero sobre el cuerpo y las condiciones de las mujeres en el contexto obstétrico. La obstetricia occidental durante el siglo XX ha divulgado la idea de que el parto es en todos los casos un evento médico, necesitado de monitorización continua, administración de medicamentos e intervención profesional, lo que conocemos como medicalización (Bellón, 2015). En el parto medicalizado las madres deben permanecer obedientes y sumisas al control y actuaciones médicas; en este contexto: “el poder disciplinario logrado por el discurso médico hegemónico se mantiene gracias a la legitimidad social que éste ha logrado, promocionada por estructuras económicas y políticas que tienen el poder para reproducir algunos discursos en detrimento de otros” (Foucault en Bellón, 2015, p. 100).

De acuerdo con Foucault (1980) en un lapso de 25 a 30 años es posible que una proposición de algo verdadero en el campo de la medicina cambie con amplitud y rapidez. Estas transformaciones abruptas suceden no como descubrimientos o nuevas verdades. Y surge la pregunta de cuál es el poder que circula entre los enunciados científicos. Un ejemplo de esto lo presenta Weir (2006) cuando refiere que:

A medida que el umbral perinatal se difundió a través de técnicas de riesgo en los regímenes de salud y legal, encontró una recepción crítica por parte de la experiencia. Dentro del régimen de salud, la atención prenatal basada en riesgo fue criticada por aumentar las tasas de intervención sin base en la evidencia. La intervención, a su vez, aumentó los efectos iatrogénicos: las consecuencias negativas para la salud causadas por el diagnóstico y el tratamiento. Las parteras y una minoría de médicos defendieron el embarazo como un estado de salud, priorizando el juicio clínico sobre el juicio de riesgo, tratando de diseñar una base alternativa para la atención del embarazo

separada de la atención prenatal basada en el riesgo: salud más allá del riesgo (Weir 2006 p.4)

Para comprender estos procesos de cambio, Foucault (1980) propone hacer una distinción de los sucesos contemplando la historicidad de los mismos a través de la genealogía que define como “una forma de historia que da cuenta de la constitución de los saberes, de los discursos, de los dominios de objeto, sin tener que referirse aunque sea trascendente en relación al campo de los acontecimientos o que corre en su identidad vacía a través de la historia”. (Foucault, 1980 p.181). Si bien, no pretendo en este trabajo hacer una genealogía, coincido en la necesidad de cuestionarme sobre cómo están posicionados los sucesos en los discursos y cuáles son los discursos dominantes, pensando en el contexto obstétrico, que inciden en la experiencia de las mujeres en el escenario particular y con las mujeres de mi estudio.

Dado que en las sociedades occidentales contemporáneas la ciencia está concebida como el discurso de la verdad, la medicina y sus profesionales, aparecen como una de las autoridades más importantes de nuestro tiempo y el hospital como el lugar de las verdades sistemáticas (Foucault, 2001). Esto tiene consecuencias importantes puesto que el discurso médico tiene el poder institucional y la legitimidad social para administrar y regular la vida. La medicina institucional asume una posición privilegiada como campo de la ciencia encargado de definir cuándo comienza la enfermedad. Desde esa posición, es visible como la medicina, como cualquier campo del saber, traduce en su práctica y en sus enseñanzas, las jerarquías, intereses y creencias que existen en la sociedad. El sexismo de las sociedades patriarcales que sugiere que los cuerpos de las mujeres pueden ser tratados sin consideraciones en favor de un parto rápido y aséptico, puede ser leído como una de las creencias culturales machistas que impregnan la práctica médica sin apenas ser advertidas o criticadas (Bellón 2015, p.107)

La propia idea de embarazo como enfermedad ha estado presente a lo largo de la historia, pero al mismo tiempo se ha ido moviendo, producto de los cambios y movimientos sociales. Sin embargo, el embarazo continúa siendo dominio de la autoridad médica. Irving Zola (1976) afirma que hay áreas “tabú” que tienen una licencia exclusiva de la medicina “para examinar y tratar las posesiones individuales más personales: el funcionamiento interno de nuestros cuerpos y mentes” (p.212). La determinación, según el autor, de que se trata de “un problema médico”, es demostrar que algo tiene una afectación en el funcionamiento principalmente del cuerpo; de manera que puede catalogarse como una “enfermedad”. En el caso del embarazo, Zola (1976) menciona que es considerado como un proceso normal y natural y existen especialidades médicas que cubren esta necesidad (p.212). Sin embargo, el concepto de riesgo está presente en relación con el contexto obstétrico.

Para Deborah Lupton (1993), se trata de una construcción sociocultural. Aunque puede parecer neutral es un concepto polisémico que está cargado de ideología que en algunas ocasiones puede parecer complejo y confuso. No siempre ha sido así, la palabra riesgo estaba más relacionada con la probabilidad, siendo esto un cálculo matemático ligado a la estadística y el análisis de los datos y sobre la posibilidad de que algo suceda. Actualmente los discursos sobre el riesgo en las sociedades contemporáneas se encuentran mayormente asociadas con el peligro. El término de riesgo, está ligado al autocontrol y se presenta, en el ámbito de la salud, como una consecuencia del estilo de vida personal; de manera que “la buena práctica médica”, implica un interés en la conducta de las personas (Lupton, 1993 p.427).

Lorna Weir también aborda el concepto de riesgo como una “tecnología de gobernanza” que ha permitido resolver problemas sociales sobre todo en el ámbito de la salud, y señala que esta noción de gobernanza, deviene de la racionalidad instrumental, esto es, una racionalidad gubernamental, que hace operativo el racionamiento a manera de una “tecnología gubernamental” (Miller y Rose, 1990, en Weir, 2006). Estas tecnologías de gobernanza,

representa para el gobierno, el “cómo” del “saber hacer”; y el riesgo se presenta como una de ellas en la medida en que es un obstáculo que puede transformarse en problemas susceptibles de solucionarse:

El riesgo orienta la práctica gubernamental a la provisión de seguridad: un cálculo feliz de fines utilitarios. Habilitando la prevención, la gobernanza del riesgo intenta detener el daño futuro antes de que exista seleccionando opciones de acción basadas en el cálculo de probabilidades. Tomado en este sentido, el riesgo no equivale a daño o peligro: es una forma de razonar y actuar que se anticipa a un daño o peligro futuro. Esta forma de conceptualizar el riesgo es bastante distinta de otros análisis del riesgo en las ciencias sociales, unos haciendo del riesgo una categoría objetiva de lo real, otros entendiendo el riesgo como una categoría de la cultura común. La gobernanza del riesgo consiste en esquemas racionalizados que estiman la probabilidad de daños futuros no deseados (Weir 2006 p.17).

En el caso del embarazo, como explica Weir (2006), el riesgo, como tecnología de gobernanza, moviliza técnicas heterogéneas de cálculo, prevención y otras que son omnipresentes socialmente y que se orientan a la seguridad futura. La autora, se refiere a cuatro de estas técnicas en el caso de la formación del umbral perinatal: los riesgos epidemiológico, clínico, actuarial y legal, que tienen efectos específicos en la salud, los seguros y el derecho:

La heterogeneidad de las técnicas de riesgo incluye las tecnologías de seguridad social del estado de bienestar [...] Sin embargo, el énfasis en la omnipresencia del riesgo no debe confundirse con la marcha triunfal del riesgo a través de la modernidad. La “sociedad del riesgo” no existe porque el presente no se ordena según un solo principio; la biopolítica no es reducible al riesgo (Weir 2006 p.17).

Además de lo anterior, me interesa en mi trabajo poner en perspectiva estos discursos con otros nuevos cambios en las concepciones médicas sobre la práctica médica que influyen en las experiencias de las mujeres, concebidas estas como pacientes. Zola (1976), señala que la práctica médica considera también y a partir de estos cambios, que la vida cotidiana, las preocupaciones y sentimientos de los pacientes, también son importantes. Estas ideas inciden en las formas de intervención por ejemplo:

ahora los médicos desean saber sobre aspectos como el sueño, la alimentación, el descanso, el trabajo, ha sido una expansión en la vida del paciente. Y no solo cuando existe una enfermedad, sino que como forma de prevención se interesa en los hábitos. Lo que ha permitido que la opinión y control del médico esté presente incluso cuando el paciente se siente bien y no está enfermo (Zola, 1976 p. 211).

En los últimos treinta años la discusión sobre los nacimientos como un problema médico y el nacimiento humanizado se ha ido intensificando y globalizando. Como consecuencia, en México se ha comenzado a problematizar la violencia obstétrica la cual ha estado también vinculada con la promoción de otro modelo de atención: el nacimiento humanizado (Pozzio, 2016, p. 102).

Se le llama respetado o humanizado al modelo de atención que permite que sea la mujer la protagonista de su proceso de parto, reconociendo su derecho de libertad y toma de decisiones (Almaguer, et al., 2012). Bellón (2015), señala que “uno de los objetivos principales de la postura del parto respetado es prestar atención al bienestar emocional de las mujeres embarazadas y dejar que sean ellas quienes guíen el proceso de parto” (Bellón, 2015, p.106). En este paradigma del nacimiento la mujer es considerada como una persona sana donde la participación en el proceso de su parto debe ser facilitada por las personas que la asisten, donde se respetan los tiempos psicológicos y biológicos evitando las prácticas invasivas y los procedimientos innecesarios.

Capítulo 3. Investigar como feminista la experiencia encarnada de mujeres en el embarazo, parto y postparto

3.1. Epistemología feminista: nombrarme a mí y a otras

Mi acercamiento al tema de investigación ha partido de la experiencia personal. En mi intención de comprender lo que me había sucedido, comencé un camino que en los últimos meses he abordado de manera más formal. Durante la elaboración del protocolo propuse investigar el tema de la violencia obstétrica al que entendía como un problema del modelo médico que afectaba a las mujeres que son atendidas en consultorios y hospitales. Como psicóloga trabajé en el sistema de justicia penal y me había enfrentado con las violencias de género; entre ellas la violencia familiar, desde una mirada muy institucional y asistencialista donde no me resultaba difícil llamar víctimas a las mujeres afectadas. Conocía el círculo de la violencia casi como un guión, reconocía lo difícil que puede ser salir de una relación violenta pero mi mirada no solo estaba limitada, sino que sentía una distancia muy marcada con esas mujeres a las que daba acompañamiento y orientación legal. Sin embargo, por mi práctica dentro del sistema de justicia, a las víctimas las había relacionado mucho más con la calidad jurídica y los procedimientos penales, todo desde la dimensión legal, un marco rígido que además sólo reconoce la pasividad de la mujer.

En aquel tiempo normalizaba muchas de las violencias de género, simbólicas y estructurales que me oprimían al igual que a otras mujeres. Evitaba reflexionar sobre mi propia vida y cumplía con los mandatos de género pues temía a las consecuencias de no hacerlo. Me reconocía mujer, pero nunca víctima. Es por eso que cuando viví mis primeros embarazos, y la cesárea de mi hijo, no me reconocí víctima de violencia y aunque el poder obstétrico estuvo siempre presente yo lo sentía, esa disonancia en el cuerpo, la incomodidad, la angustia.

Después del aborto que viví, algo dentro de mí me decía que tenía que haber otras formas. Durante el parto de mi hija fui violentada de muchas maneras, casi pierdo la vida. Entonces ya no pude negarlo más, me sentí víctima. Reconocí la violencia, fui capaz de nombrarla. Comencé a hablar sobre ella y a hablar con otras mujeres sobre nuestras experiencias de embarazo parto y postparto. Al conocer las historias de otras mujeres, he encontrado que sus vivencias únicas tienen efectos distintos en cada una de ellas. Y la forma de narrar esas experiencias muchas veces traumáticas es particular.

La dificultad de nombrarme a mí y a otras mujeres como víctimas proviene de la idea que yo tenía sobre las mujeres víctimas de violencia desde la institución en la que trabajaba. Les veía como personas que sufren y necesitan ser rescatadas, defendidas y que alguien debía hablar por ellas. Ese discurso dominante sobre la supuesta pasividad de la mujer que yo había interiorizado, y que me ha costado mucho trabajo deconstruir y reconstruir. Pero en relación con las experiencias de embarazo y parto, a la mujer madre nunca nos vi de esa forma.

Pensaba que durante el parto se requiere de mucha fuerza y valentía, aunque sé que no todas las mujeres lo vivimos de esa forma y que todos los partos son distintos. Mis ideas sobre las mujeres que son madres siempre enfatizan las fortalezas, la lucha, la acción. Creo que la maternidad es activa y no creo que las madres somos seres indefensos ni tampoco aceptamos de forma sumisa las agresiones. Considero importante analizar las relaciones de poder a las que nos enfrentamos, así como las violencias que vivimos; podemos nombrarnos víctimas y a la vez reconocer las posibilidades que tenemos de resistir ante ese poder. Reconfigurar esa representación de las mujeres es un posicionamiento político. Es reconocer la desigualdad y el dominio de un sistema institucional de salud hegemónico que disciplina nuestros cuerpos y encontrar en nuestras experiencias el potencial para la transformación.

La elección de un tema de investigación cercano a mi realidad de mujer y madre indudablemente se relaciona con una postura que tiene implicaciones con mi subjetividad en

distintas dimensiones de mi ser. Por ello, considero pertinente reflexionar sobre mi posicionamiento ético en esta investigación:

Tengo claro que las mujeres nos pensamos y nos posicionamos cada una desde el lugar donde nos encontramos en un momento particular. Reconozco que la experiencia también es un fluir, creamos nuestro propio camino y también nos acompañamos. Los diálogos que he mantenido con las mujeres de esta investigación también propician el movimiento y dentro de las entrevistas también suceden cosas: se evocan recuerdos, se remueven sentimientos; al narrarnos producimos conocimiento siendo nuestro cuerpo objeto de autoobservación (Kogan, 2010). Dicen que una historia nunca es contada de la misma forma dos veces así que la entrevista será el espacio para que las participantes cuenten la historia que quieren contar y una posibilidad de resignificar vivencias.

Planteo mi investigación desde un abordaje feminista. Aunque la investigación de mujeres hecha por mujeres es una propuesta de horizontalidad, las investigadoras debemos ser conscientes de la diferencia de clase, raza, edad y formación académica. Soy una mujer cisgénero de 37 años de edad, madre, lesbiana, mexicalense, psicóloga e investigadora. Solo al reconocer mi lugar y reflexionar sobre mis privilegios y luchas me ayudará a establecer diálogos con mujeres que tienen otras experiencias, otras luchas. No hablo por ellas, busco establecer puentes y entender a las otras estando mi voz presente.

Como es claro, mi relación con el tema de estudio me lleva a lo que Carmen Gregorio Gil (2014) llama un camino dialógico e intersubjetivo entre sujeto conocedor y objeto de conocimiento, entre el yo y el otro desde posiciones políticas situadas. Desde esa perspectiva, lo personal no puede ser separado de lo conceptual: me encuentro *dentro* y *fuera*. Una de las características en las que se concentra la investigación feminista es en la oposición al positivismo y reconocer que siempre somos parte de lo que estudiamos (Castañeda, 2012; Abu-Lugod, 1990).

Mi abordaje en el análisis es cualitativo y narrativo de manera que durante las entrevistas me posiciono como narradora de frente con mi propia historia, y por lo tanto me encontraré también, cara a cara con los discursos dominantes (Jarvinen y Mik-Meyer, 2020) .

Encuentro coincidencias entre la metodología feministas y el abordaje narrativo pues ambos abordajes hacen visible la vida de las personas, de las mujeres, valorando y validando su voz, sus experiencias, sus sentires y sus subjetividades, que han sido ignorados en otras aproximaciones convencionales de la investigación.

3.2. Investigación feminista

Me posiciono desde una epistemología feminista, pues me interesa pensar y preguntarme por el género y su influencia en la producción de conocimiento; ¿qué papel toma en la práctica investigativa?, ¿qué importancia tiene mi vida, mi experiencia y mi postura como persona cognoscente, como investigadora en este proceso?; estas preguntas se plantea la epistemología feminista, que además:

Identifica las concepciones dominantes y las prácticas de atribución, adquisición y justificación del conocimiento que sistemáticamente ponen en desventaja a las mujeres porque se les excluye de la investigación, se les niega que tengan autoridad epistémica, se denigran los estilos y modos cognitivos femeninos de conocimiento, se producen teorías de las mujeres que las representan como inferiores o desviadas con respecto al modelo masculino, se producen teorías de fenómenos sociales que invisibilizan las actividades y los intereses de las mujeres o a las relaciones desiguales de poder genéricas, y se produce conocimiento científico y tecnológico que refuerza y reproduce jerarquías de género (Blazquez, 2010 p.23).

Desde la epistemología feminista, como investigadora, busco hacer evidentes los sesgos y desigualdades en el conocimiento científico y espero que mi trabajo aporte insumos para pensar posibles soluciones ante estas problemáticas. Estoy de acuerdo con Blazquez (2010) en que la ciencia distorsiona conceptos, teorías y aproximaciones metodológicas con supuestos sexistas, y que es necesario describirlos y enunciarlos, así como comprender cómo se manifiestan en contextos específicos.

Entiendo desde la epistemología feminista, como refiere Sandra Harding, que las teorías del conocimiento, y en mi caso particular, el conocimiento biomédico, “se basan en un punto de vista masculino del mundo” en lo que respecta a su epistemología, método y metodología, por lo que se caracterizan por una “perspectiva androcéntrica y distante” (Blazquez, 2010, p.23). En cambio, la investigación feminista, aunque parte de los mismos métodos que la investigación tradicional, responde a elecciones distintas de lo que se observa y examina. También cuestiona los marcos de interpretación dominantes y la “orientación de las corrientes principales en las ciencias sociales. Ejemplos de estas formas problemáticas para organizar nuestras observaciones son la dependencia de la dicotomía lógica y la tendencia a conceptualizar a las personas abstrayéndolas de su contexto social, lo cual facilita la deshumanización” (Blazquez, 2010 p.24). Finalmente, desde esta postura epistemológica, considero como premisa que “los valores y conceptos asociados con la masculinidad y la feminidad también influyen en la práctica y la teoría científica como lo hacen en otras esferas de la actividad intelectual y social” (Blazquez, 2010, p.25).

Son varias las autoras que aportan ideas importantes para delimitar una postura epistemológica feminista. Desde la teoría del punto de vista, Evelyn Fox Keller inspirada en el trabajo de Nancy Chodorow que analizó y criticó la objetividad científica, entendida como un ideal en el que la investigadora debe tomar distancia de su objeto de estudio,

con lo cual planteó una conceptualización alternativa de la autonomía, contrastando autonomía estática con lo que llama autonomía dinámica, es decir, la habilidad para moverse dentro y fuera de la conexión íntima con el mundo. La autonomía dinámica proporciona la subestructura emocional para una concepción alternativa de objetividad: la objetividad dinámica. La persona que conoce caracterizada por la objetividad dinámica, en contraste con la que conoce caracterizada por la objetividad estática, no busca poder sobre los fenómenos, sino que considera la relación entre quien conoce y el fenómeno, así como la forma en que los fenómenos mismos son interdependientes (Blazquez, 2010 p.31).

Por otro lado, para Helen Longino, la subjetividad debe entenderse como “variable condicionada y el conocimiento como algo afectivamente modulado” por lo que sugiere reconocer que las explicaciones de cualquier tema estudiado se desarrollan desde un lugar particular y refleja “orientaciones afectivas particulares, por lo que podemos aceptar también que pueden emerger apreciaciones diferentes a partir de otras posiciones con orientaciones emocionales diferentes”. (Blazquez, 2010 p.35). Longino cuestiona que la producción del conocimiento, en su carácter de convención, no cuente con una comunidad diversa pero crítica en este proceso de consenso sobre la experiencia:

Aunque se necesita diversidad en la comunidad, eso no significa que todo vale, sino que todo mundo es considerado como igualmente capaz de proporcionar argumentos pertinentes para la construcción del conocimiento científico. Esta perspectiva se ha cuestionado por aceptar un concepto acrítico de la experiencia a pesar de que las feministas empiristas aceptan el carácter cargado de teoría y de valores de la evidencia y, por tanto, la revisión crítica de las descripciones de la experiencia a la luz de nuevas evidencias, teorías y reflexiones normativas (Blazquez, 2010 p.35).

Desde la teoría del Punto de vista, ser objetiva en la investigación implica un acto de responsabilidad, esto es, “que el conocer no es un acto neutral, de mera representación, sino que por el contrario, es una forma de tomar partido por una visión del mundo u otra, con los valores y las consecuencias que esto entraña” (Blazquez, 2010 p.37). Una postura feminista en la investigación, reconoce que en la producción de conocimiento, se entablan relaciones que no están exentas de tensiones de poder a nivel social e interpersonal, y que ese poder tiende a distribuirse de manera desigual (Blazquez, 2010); es importante entonces, en mi investigación, tomar conciencia de estas tensiones, por lo que mi trabajo busca conscientemente favorecer a las mujeres; tener una escucha atenta, priorizar el diálogo recíproco y no descalificar sus ideas, sentimientos y experiencias, esto es, asumir una “escucha imposible [que] deviene también indignación ante la injusticia y es una afectación que genera emociones de proximidad hacia las otras [una identificación que] parte de la propia experiencia, de [un] encuentro íntimo y profundo (Gutiérrez-Portillo, 2021, p.97)

3.3. Una mirada cualitativa desde los estudios culturales

Propongo mi investigación desde el paradigma cualitativo ya que el fenómeno que estudio se encuentra en un contexto social y cultural. La investigación cualitativa busca crear conceptos y comprender por medio de pautas de los datos y no solo por su recolección (Taylor y Bogdan, 1987, p.7). En la investigación cualitativa se ve a las personas, los escenarios y los grupos como un todo, por lo que es posible estudiar a la persona en el contexto de su pasado y su presente (Taylor y Bogdan, 1987).

Aunque la investigación cualitativa es tan diversa y tiene un amplio rango de acercamientos, muchos autores concuerdan en que sí es posible delinear e identificar cuáles son los factores que la caracterizan. Denzin y Lincoln (2011), describen la investigación

cualitativa como un conjunto de prácticas interpretativas y materiales que hacen el mundo visible; estas prácticas transforman el mundo y lo convierten en una serie de representaciones que incluyen notas de campo, entrevistas, fotografías, grabaciones, entre otros. Los investigadores estudian las cosas en sus escenarios naturales intentando darle sentido o interpretar fenómenos en función de los significados que le dan las personas (p. 48).

Como investigadora cualitativa, me interesa comprender la perspectiva de las otras mujeres, conocer sus historias, sus vidas y sus luchas cotidianas. No es posible ubicar la investigación cualitativa en una disciplina ni delimitar sus estrategias de investigación pues sus metodologías incluyen a un conjunto de prácticas que permiten aportar conocimiento y ninguna de ellas es más importante que otras. Los métodos que utiliza y la forma en que los lleva a cabo también estará influida por los supuestos teóricos de quien investiga.

La misma técnica será practicada de forma diferente dependiendo de los significados y el paradigma desde el cual se trabaje, lo cual genera tensiones y contradicciones. Denzin y Lincoln (2011) señalan que la investigación cualitativa tiene aspectos políticos dentro de su metodología por lo que ubica su trabajo dentro y fuera de la academia. Lo anterior genera resistencia y oposición por parte de las ciencias positivistas que todavía creen que incluso en las humanidades y las ciencias sociales se puede acceder a una verdad objetiva. Otros criterios que la investigación cualitativa desafía son la validez y la neutralidad y eso supone que los investigadores no estén influenciados por sus posturas teóricas o políticas, lo cual sería imposible.

La crítica sobre la investigación cualitativa se ha enfocado en estudiar realidades de los otros, como las mujeres y minorías étnicas; y acusan a las instituciones de que les han usado para sus proyectos académicos y políticos sin reflejar realmente las realidades de esos grupos, denuncian no sentirse representados en dichos trabajos. De acuerdo con Saukko (2003), y

desde una lectura de los estudios culturales, las tecnologías han cambiado las experiencias de la cotidianidad por lo que nos han hecho más conscientes de que la comprensión del mundo está mediada por imágenes y discursos culturales poniendo de duda la objetividad. Los cambios sociales y políticos del siglo XXI han derivado en que se hable ahora de multiculturalismo y las posibilidades de existencia de conocimientos y otras voces que habían sido silenciadas (Saukko, 2003 p.14). Los estudios culturales, perspectiva a la adscribo mi investigación, se distinguen por ser investigaciones empíricas sobre la interrelación entre las experiencias vividas, textos o discursos y el contexto social.

Desde los estudios culturales también es importante la autoreflexividad y los análisis genealógicos. Este tipo de trabajos examinan de forma más crítica los compromisos históricos, políticos que dirigen los discursos hacia las personas incluyendo a los académicos y su propio entendimiento en los proyectos (Saukko, 2003 p.14). Derivado de ello, mi trabajo pretende ser sensible a los discursos biomédicos y socioculturales que inciden en la experiencia de las mujeres y ser autoreflexiva, considerando que estos discursos también pueden emerger en la situación de entrevista y que yo misma, como mujer y en el marco de mi propia experiencia, puedo enfrentarme o encarnar en un determinado momento estos discursos.

Paula Saukko (2003), considera que existen criterios para tener nociones alternativas de validez o múltiples validaciones para hacer una buena investigación y que trascienden las limitaciones de los enfoques positivistas. Siguiendo a esta autora, me interesa ser muy consciente de cómo conduzco la investigación y reconocer que hay más de una forma de dar sentido a un fenómeno social; del mismo modo, asumir que es posible adoptar una postura multidimensional, lo que entiendo como un reto de mi propio trabajo.

Me propongo en este trabajo seguir la propuesta que Saukko atribuye a la validez vista desde estudios culturales, y que responde a tres tipos de enfoque: 1) el enfoque hermenéutico que obedece a la validez dialógica buscando capturar las realidades vividas por los demás,

también considera importante la autoreflexibilidad de los discursos personales del investigador y la polivocalidad reconociendo la diversidad de los actores principales; 2) el enfoque posestructuralista, que analiza los discursos que median la forma en que percibimos la realidad y a otras personas y reconoce que existen muchas verdades y formas de abordar la realidad se suscribe a la validez deconstructiva; y 3) el enfoque contextual, que se refiere a la capacidad de la investigación para ubicar el fenómeno que está estudiando dentro del contexto social, político e incluso global más amplio, y que es un requisito para comprender la forma en que la investigación se ubica dentro y da forma a este contexto. La doble naturaleza de la tarea de capturar el contexto social en la investigación puede ser encapsulada por dos criterios para la investigación contextualista: sensibilidad al contexto social y conciencia de historicidad (Saukko, 2013 p.22).

Para esta investigación retomaré esta propuesta de Paula Saukko (2003): los diálogos metodológicos. Poner en diálogo las diferentes perspectivas metodológicas y políticas propicia una investigación y una política multidimensionales que permita entender la complejidad de los fenómenos sociales. Esta estrategia de investigación de múltiples perspectivas tiene como objetivo mantener diferentes perspectivas en tensión creativa entre sí.

3.4. Entrevista y análisis narrativo, herramientas para acercarme a la experiencia

En mi investigación atiendo a los protocolos y formalidades dentro de la investigación entre ellas el consentimiento informado, la privacidad, confidencialidad y la fidelidad. Pese a que cuento con el consentimiento de las entrevistadas, no hago un uso inconsciente de lo que se ha autorizado en la entrevista. Dentro del diálogo existen algunos aspectos sensibles que se compartieron en un momento de intimidad construido en el contexto de las entrevistas. He cuidado mucho el tratamiento de los datos y he decidido omitir aquella información sensible

que pudiera vulnerar a las mujeres con las que he trabajado. Por otro lado, el camino de las entrevistas ha sido muy abierto, por lo que es muy importante respetar las decisiones de las mujeres frente a datos que se comparten “fuera del record” de la entrevista.

Realice cinco entrevistas a mujeres que vivieron sus procesos de embarazo, parto o cesárea y posparto en la ciudad de Mexicali y recibieron atención médica en el sector público o privado. Para seleccionar la muestra tomé en cuenta, en primer lugar, aquellos criterios que respondieran a mis objetivos de la investigación (Schreier, 2018); y en segundo lugar, la disponibilidad que se iba presentando por parte de las mujeres. Sin embargo, en todo momento consideré como premisa que la experiencia de todas las mujeres que han vivido un embarazo es valiosa y ha estado sujeta a los discursos que he mencionado en capítulos anteriores.

Elegí la entrevista a profundidad pues en esta, las experiencias que comparten las mujeres no se limitan exclusivamente a los momentos del embarazo, parto y postparto, pues todo lo que conocemos ha pasado por un proceso de interiorización y también da significado. De manera que cada etapa, en la narrativa de las mujeres, se teje con otras experiencias propias del ser mujer que no pueden estar separadas de estos tres momentos. Por otro lado, considerando que la violencia es un hecho común en la experiencia que viven las mujeres en el contexto obstétrico, cuando se hace entrevista sobre hechos traumáticos es posible que las víctimas entren en crisis, sobre todo porque dentro del diálogo las personas reflexionan y pueden hacer consciente algo a lo que no se le había puesto atención antes. Ahí reconozco como mi propia fortaleza mi formación como psicóloga, pues tengo conocimiento de primeros auxilios psicológicos y en mi experiencia profesional trabajé con víctimas de violencia de género. Por lo que en algunas entrevistas brindé atención psicosocial sin hacer intervenciones terapéuticas y respetando los tiempos de las participantes. La entrevista a profundidad, como señalan (Johnson y Rowlands, 2012)

suelen ser de una duración relativamente larga. Normalmente implican una interacción cara a cara, uno a uno, entre un entrevistador y un informante, y buscan construir el tipo de intimidad que es común para la auto-revelación mutua. Tienden a involucrar una mayor expresión del yo del entrevistador que otros tipos de entrevistas, así como un compromiso personal por parte de los participantes que abarca varios o muchos segmentos de la entrevista. La entrevista en profundidad ofrece grandes ventajas, pero también implica algunos riesgos y peligros, así como algunas consideraciones éticas distintas. (p. 99)

Uno de mis maestros en solución de conflictos me decía: no abras puertas que no puedas cerrar así que, tuve que redirigir los temas o reprogramar la sesión cuando alguna entrevista se vió en la necesidad de ser interrumpida. Con una de las participantes tuvimos dos encuentros, durante el primero ella me solicitó que no registrara audio y compartimos experiencias sobre nuestras vidas íntimas, en relación con la maternidad y al ser mujer. Fue un diálogo íntimo, fluido, rico en emociones y reflexiones. Al final de ese encuentro me pidió que no incluyera lo compartido en esta investigación, pero agradezco infinitamente haber tenido la oportunidad de construir juntas. Sin dudas esa charla fue valiosa y ahora se integra y da claridad a mi mirada. Cuando se utiliza la entrevista a profundidad como herramienta de la investigación cualitativa es posible aprender sobre hechos que no se pueden observar directamente por lo que permite una comprensión detallada de sus experiencias y sus perspectivas. La entrevista en la investigación cualitativa propone una visión más actual e integral del diálogo que se da entre la investigadora y la participante. Parte de la preparación para la entrevista es el conocimiento del tema. Roulston y Choi (2018) consideran que dependiendo de nuestra relación con el tema de estudio será el tipo de preparación que necesitemos. Si el tema es algo que se conoce, en este caso las experiencias de embarazo,

parto y posparto de las mujeres, representó una ventaja porque mi experiencia me permitió diseñar las preguntas y ejes de análisis. Pero también fue un reto, tuve que estar todo el tiempo confrontando mis propias concepciones sobre el problema y mi propia experiencia de manera que no fueran un sesgo en mi trabajo. Es por eso que fue necesaria la reflexión y la apertura para no dirigir la entrevista para confirmar lo que yo ya sabía, o creía conocer.

Para realizar una entrevista se requiere de técnicas que permitan la comunicación y se pueda dar una conexión entre las personas que se comunican. La empatía es importante y perceptible entre las partes; es una relación directa entre humanos “la naturaleza interaccional de la entrevista determina, por tanto, la índole y características del conocimiento producido” (Vasilachis en Denzin y Lincoln, 2013 p.15). En la investigación feminista se usan diferentes tipos de entrevistas, pero una de las particularidades que distinguen estos encuentros es lo que Reinharz and Chase destacan: que se parte del conocimiento que se produce sobre la vida de las mujeres mientras se promueve relaciones igualitarias entre las mujeres investigadoras y participantes (Roulsoton y Choi, 2018, p. 235). También se enfatiza en el poder del lenguaje y las posturas éticas del feminismo que implican poner a la mujer en el centro y dar prioridad a su voz y la forma en que hablan ellas mismas reconociendo el poder del lenguaje y la postura crítica de las investigaciones, así como también sus experiencias.

Si bien por mi formación disciplinaria tengo experiencia conduciendo entrevistas clínicas y con personas en contextos vulnerables como lo son las víctimas. Es muy distinto realizarlas desde la posición de terapeuta o facilitador. Son otros los objetivos; por lo que en el desarrollo de esta investigación me percaté que definitivamente me encontraba en un lugar muy distinto. De ahí que consideré un enfoque feminista como pertinente para abordar la entrevista. Procuré entonces un diálogo donde se escuchan ambas voces, incluida la mía como investigadora; sin

embargo, centrando la atención en la participante, ella como la protagonista. A partir de su experiencia y su lenguaje se conocerá su vivencia, sus emociones y sus percepciones.

Para el análisis de las entrevistas tomaré un abordaje narrativo. Para Chase (2015) en la actualidad, la investigación narrativa se entiende como “una amalgama de enfoques analíticos interdisciplinarios, diversas perspectivas disciplinarias y métodos tanto tradicionales como innovadores, todos girando en torno a detalles biográficos tal como los narran quienes los viven” (p.59). Las narrativas pueden presentarse en diferentes formas:

(a) una historia corta con un tópico determinado sobre un acontecimiento particular y personajes específicos, como el encuentro con un amigo, jefe o doctor; (b) una historia extensa acerca de un aspecto significativo de nuestra vida, como la escuela, el trabajo, el casamiento, el divorcio, la maternidad, una enfermedad, un trauma o la participación en una guerra o en un movimiento social, o (c) una narrativa completa de nuestra vida desde el nacimiento hasta el presente (Chase, 2015, p.60)

En los casos que presento se trata de narrativas sobre aspectos de la experiencia de las mujeres durante sus embarazos, parto-cesárea y postparto; así como el significado que estas experiencias tienen para las mujeres. Sigo una postura feminista concentrando mi interés en las mujeres como actoras sociales, tomando en cuenta la subjetividad, así como las posiciones sociales tanto de las entrevistadas, como de la investigadora (Chase, 2015). Siguiendo este tipo de aproximación, con base en los propósitos de mi investigación, busqué el significado en las historias de las mujeres, identificando y organizando los temas de convergencia que surgían de las entrevistas; atendiendo a la construcción de narrativas que enfatizan la voz de las mujeres, sus palabras, y la forma en que cuentan sus experiencias, como portadoras de múltiples sentidos (Chase, 2015).

Dividí la investigación en tres fases: la primera es la recolección de datos. Comencé con la revisión bibliográfica suficiente de autores para realizar un marco teórico/metodológico y la elaboración del protocolo. Como un ejercicio inicial de sondeo, realicé un cuestionario que compartí en mis redes sociales y en grupos de mujeres, maternidades y en colectivas feministas por los derechos reproductivos en Baja California; de esta encuesta obtuve una respuesta de 96 mujeres que participaron. En ese mismo documento invité a las mujeres a ponerse en contacto conmigo si estaban interesadas en compartir más ampliamente sus experiencias de embarazo, nacimientos y pospartos.

Todas las mujeres que participaron en mi investigación respondieron inicialmente el cuestionario estandarizado. Sin embargo, la forma en que fui entablando contacto con ellas implicó otras formas de muestreo como la bola de nieve y la selección por conveniencia (Schreier, 2018).

El instrumento empleado fue la entrevista a profundidad para la recolección de la información. Diseñé una guía de entrevista semiestructurada (Ver anexo 1) con la intención de que propiciara relatos detallados en los que las mujeres pudieran narrar con sus propias palabras los eventos vividos. El cuestionario constó de 20 preguntas abiertas centradas en la recopilación de la experiencia sobre los momentos de embarazo, parto y postparto; experiencias de violencia obstétrica; la atención recibida durante los tres momentos y las emociones vividas durante estos procesos; así como la relación entre experiencia y autoridad médica/poder obstétrico. Realicé un pilotaje de este instrumento con una primera colaboradora que al conocer mi tema de estudio me comentó que quería compartir sus experiencias. La entrevista se dio en un ambiente de diálogo y libertad donde pude profundizar en algunos aspectos y hacer algunas correcciones al instrumento. En todas las entrevistas traté de que mi papel no fuera directivo, sino más bien, dialógico y en un ambiente de reciprocidad en el compartir de la propia experiencia.

En la segunda fase, realicé la sistematización de datos mediante la transcripción completa de las entrevistas y el análisis narrativo de ellas; asimismo, establecí categorías de análisis con la finalidad de realizar la interpretación de la codificación de la información para su comprensión. En la última etapa elaboré una compilación de la información, y a través de la articulación entre categorías redacté un informe para presentar los hallazgos. Recopilé experiencias de mujeres que recibieron atención médica en sus embarazos y/o tuvieron nacimientos en hospitales públicos y privados de la ciudad de Mexicali. Las razones de la elección de esta población residen en mi objetivo de conocer sus vivencias durante el embarazo, parto y postparto desde la narrativa de las mujeres, asumiendo su protagonismo en esta historia; procuré que el diálogo con ellas fuera recíproco, así que compartí con todas ellas mis propias experiencias y procuré una escucha atenta y empática.

3.5. Las mujeres de este estudio

DIANA

Diana tiene 38 años, es psicóloga y se dedica a dar atención a niños con discapacidades, vive en unión libre con su pareja. Fue madre soltera de su primer hijo cuando era bebé. Recibió atención médica en una institución privada la mayor parte del tiempo; solamente en uno de sus embarazos fue al hospital general de maternidad porque aunque ha tenido trabajo nunca ha tenido seguridad social. Tiene un buen nivel económico. Su mamá es enfermera y trabaja en una institución de salud pública. En un encuentro casual que tuvimos, Diana expresó interés por mi investigación, se enteró a través de la encuesta. Le conté sobre el tema y me dijo que quería compartir su historia. Ella tiene un bebé pequeño y su nacimiento fue durante el contexto de la pandemia. Sus hijos tienen mucha diferencia de edad y sus experiencias fueron

en momentos muy distintos de su vida. Ella tiene experiencias de abortos y en su último embarazo buscó tener un parto respetado, eso fue lo que más me interesó.

Acordamos nuestra primera reunión en un café. Cuando iniciamos la conversación le comenté sobre lo que estaba estudiando y sobre mi disidencia sexual. Ella me pidió ir a un lugar más íntimo para platicar. Fuimos a casa de su mamá. Ella me preparó un café y me pidió que no grabara la primera sesión. Me habló sobre otros embarazos y abortos mientras conducía. Esas experiencias que me compartió en la primera sesión, no las volvió a hablar en la segunda entrevista. Yo no regresé a ellas porque sentí que no quería hablarlas; aunque no me lo pidió, ella me dijo que no lo había hablado con nadie y por lo tanto es información que decidí asumir como confidencial. Sin embargo no puedo ignorar que se encuentran dentro de su historia y como al omitirlas de su narrativa también comunican sobre la experiencia, el género, el cuerpo y la subjetividad.

La segunda entrevista la hicimos en su casa, ella estaba cuidando a su bebé de dos años y estuvo presente toda la entrevista; esta vez yo preparé el café, le ayudé a cuidar al bebé y traté de que se sintiera cómoda. Hubo muchas interrupciones pero para mi no fue nada extraordinario creo que ambas estamos acostumbradas a eso. En esta entrevista también preferí dejar que ella hablara más.

YULY

Yuly tiene 33 años de edad, interrumpió sus estudios de ingeniería por su embarazo. Trabaja como encargada de mantenimiento de un centro deportivo. Se reconoce así misma como víctima de violencia obstétrica y no procedió legalmente, aunque tiene un expediente completo para acreditar que su bebé sufrió lesión cerebral a causa de las maniobras de Kristeller; tema sobre el que ha investigado después de esa experiencia.

Yuly trabajaba y estudiaba cuando tuvo su primer embarazo, su papá era conductor de trailers en Estados Unidos. Ella solo recibió atención en el servicio de salud pública; no tenía otra opción porque no tenía dinero para pagarlo. Cuando supo sobre mi tema de investigación me dijo que si ella podía hacer algo para ayudarme y contarme lo que vivió. Dijo que se sentía a veces culpable de no haber denunciado porque la gente debería saber lo que le pasó y que tal vez eso serviría para que otras mujeres no lo vivieran. Quería hacer algo al respecto.

Con ella realicé dos entrevistas en su trabajo. Para tener acceso a la primera tuve que hablar con su jefa y explicarle sobre la investigación. Ambas sucedieron en un espacio abierto y en algunas ocasiones tuvimos interrupciones porque debía atender cuestiones de trabajo. Yuly tiene dos hijos neurodivergentes con diagnóstico de autismo; no tiene quien los cuide, solo mientras trabaja. Las entrevistas no podían ser en otro horario porque además, cuida de su mamá que tiene esquizofrenia y no puede recibir visitas. Las entrevistas fueron grabadas en audio, pero la primera tiene muy mala recepción porque hacía mucho viento y algunas partes no fueron rescatables. Ambas entrevistas duraron una hora aproximadamente.

OLGA

Olga tiene 32 años, es soltera. Ella estudiaba veterinaria y dejó sus estudios después del nacimiento de su hija. Se dedica a ser estilista de perros y tiene el negocio en su casa. Sus papás son trabajadores y vivió con ellos varios años, pero ahora vive de forma independiente. El papá de su hija cumple con sus obligaciones económicas y de cuidados. Su embarazo no fue planeado ni deseado. Ella solo recibió atención privada durante su embarazo y parto. Su hermana estudiaba medicina cuando estaba embarazada.

Conocí a Olga en una fiesta también respondió a mi encuesta y estaba interesada en mi investigación. Ella es amiga de Yuli y me dijo que quería que la entrevistara también. Olga

afirmó que no vivió ninguna violencia pero que quería hablar sobre su experiencia de embarazo con alguien porque fue algo muy difícil en su vida. Dijo que a ella la trataron siempre muy bien y que no tuvo que sufrir un parto porque le hicieron cesárea en una clínica privada. Me resultó interesante el deseo de querer compartir su experiencia y que es la única mujer que solo recibió atención privada en su embarazo parto y postparto. Olga acudió a mi casa para la entrevista.

MÓNICA

Mónica, tiene 36 años, es nutrióloga pero actualmente se dedica a los trabajos del hogar. Su mamá es doctora y su papá comerciante Su primera hija la tuvo cuando estaba estudiando. Tiene otros dos hijos que engendró con una pareja con la que vivió un par de años; y tiene además, una bebé que es hija de otra pareja con quien vivió mientras estaba embarazada pero se separaron un año después.

Tiene en total cuatro hijos; ha tenido experiencias de embarazo, cesáreas y partos en diferentes etapas de su vida, en circunstancias distintas respecto a lo económico y lo familiar. Tuvo nacimientos en instituciones públicas y privadas. Vivió todos sus embarazos de forma distinta y hace comparaciones y reflexiona mucho sobre sus experiencias.

Mónica se acercó a mí a través de la bola de nieve, alguien más le platicó de investigación y yo la invité a la entrevista. Me interesaba conocer su experiencia porque ha tenido varios embarazos, partos y cesáreas; y ha recibido atención tanto en hospitales públicos, como privados. También resultaba interesante que tuvo su último embarazo en un contexto de pandemia; es un embarazo reciente. Su experiencia está muy detallada, habla con mucha naturalidad y da mucha información sobre lo vivido, enriquece la narración con sus sentimientos, sus reflexiones y es emotiva al compartirlo.

La entrevisté una mañana en la sala de mi casa. Ella me cambió la fecha dos veces porque no tenía quien cuidara a su bebé. Yo le dije que no era problema que podría traerla, pero me dijo que prefería venir sola para también tomarse un tiempo para ella, tomar un café y salir de su casa; para hablar con todo el tiempo del mundo -dijo- porque tiene mucho que contar. Así la recibí con café y galletas. En la entrevista con Mónica no hice muchas preguntas, pues ella narraba con libertad y muchos detalles de sus experiencias. Intenté no ser rígida con el guión pues contestaba muchas de las preguntas dentro de su historia. Ella regresaba de un embarazo a otro, hacía sus comparaciones entre ellos. Todos los aspectos del guión se trataron sin necesidad de hacer casi preguntas.

Aunque todos los casos que aquí comparto tienen sus particularidades que los hacen especiales, yo parto de la postura de que todas las experiencias de las mujeres son válidas y son por igual, ricas en información sobre las categorías de análisis que elegí para mi trabajo. El contacto con cada una no terminó en la sesión de entrevista; hasta el día de hoy sigo en contacto con ellas y atenta a otras cosas que quieran compartirme sobre su experiencia. En cada entrevista compartí relatos de mi propia experiencia, compartí mi tiempo atenta y sentí empatía y afecto por estas mujeres. En el siguiente capítulo mostraré cómo en sus narrativas emergen las categorías de análisis entrelazadas, para dar cuenta de cómo significan sus experiencias de embarazo, parto o cesárea y postparto de mujeres de Mexicali, en relación con el poder obstétrico que se ejerce en instituciones públicas y privadas; pero además, aprovecho el diálogo en la entrevista para construir conocimiento colaborativo con estas mujeres sobre sus resistencias.

Capítulo 4. Experiencias de embarazo

Sólo el deseo de compartir una experiencia privada, y muchas veces dolorosa, puede capacitar a las mujeres para crear una descripción colectiva del mundo que será verdaderamente nuestro. Adrienne Rich.

El objetivo de este capítulo es analizar e interpretar las experiencias de embarazo, vividas por las mujeres de este estudio en hospitales públicos y privados de Mexicali. A través de las narrativas de Diana, Mónica, Olga y Yuly voy a delinear la forma en que las categorías de análisis se revelan en el entramado complejo de sus experiencias. En sus narraciones, ellas describen las condiciones y el contexto en que se sitúa el momento de su embarazo; así como su experiencia de atención en los servicios de salud a los que tuvieron acceso. Lo anterior permite reconocer las formas que adopta el poder obstétrico en cada uno de los casos. En los fragmentos de entrevistas que comparto aquí, las mujeres reflexionan sobre sus emociones, sus sensaciones y sus significados; reflexionan sobre su experiencia corporal y sus formas de interacción con el personal médico; así mismo, reconocen las posibilidades de resistencia que estaban disponibles para ellas frente al poder obstétrico. De lo anterior, se deriva que el desarrollo del siguiente apartado tenga tres ejes de análisis: experiencia, poder obstétrico y resistencias.

Este orden propuesto tiene la finalidad de identificar las diferentes dimensiones y generar un hilo conductor para las historias, sin embargo, es posible ver que en las narrativas de las mujeres las categorías se superponen y se entremezclan.

4.1. Experiencia encarnada en el cuerpo de las mujeres embarazadas

La capacidad de gestar es un aspecto central a partir del cual se construye el ser mujer. El embarazo es una actividad que por razones biológicas se atribuye a las mujeres; es una de

las tareas de cuidado que son consideradas como propias de la mujer. Lo que conocemos sobre los embarazos proviene de diversas representaciones a las que estamos expuestas en la vida cotidiana: lo que otras mujeres que han estado embarazadas dicen sobre sus propias vivencias y los discursos que se despliegan sobre los cuerpos embarazados. Cuando se vive el embarazo comienza otro camino a partir de la experiencia encarnada en el propio cuerpo.

En este capítulo quiero mostrar cómo en los testimonios de las mujeres se hace evidente que el cuerpo es una materialidad y esta materialidad está siempre produciendo sentidos sobre nosotras y se articula con los discursos que desde la biomedicina se tienen sobre nuestros cuerpos reproductivos. Los embarazos son experiencias corporales que generan cambios físicos evidentes y perceptibles, algunas veces desde las primeras semanas de gestación. Las mujeres tenemos un conocimiento de y a partir de nuestros cuerpos. Vivirse embarazada es también un primer momento de un proceso transitorio y dinámico de construcción de subjetividades sobre la maternidad que se hace consciente una vez que se sabe que se está embarazada. Diana comenta sus impresiones cuando supo que estaba embarazada:

Pues lo miraba así como, como algo como que lo pintan así algo super bonito ¿no? Ayy Es que cuando te embarazas, te cambia la vida el amor puro de los hijos[...] todo lo contrario, para mí fue un antes y un después [...]me siento mal decirlo [...] tenía un choque de creencias; la gente lo idealiza muchísimo, no, no, nada, nunca como el aspecto negativo. Cómo ese aspecto que realmente, pues la realidad. No sea que lo superes o que si no estás preparado emocionalmente, pues realmente es complejo ¿no? Y sí choca con la realidad, con la idea que te vas haciendo. Qué es, los medios, la novelas, las películas; igual la vida diaria, no tu familia, igual yo también sentía un poco de miedo, cómo no repetir la misma y pensé [...] mi mamá fue madre soltera al

principio, entonces fue así como que, como que para mí ese embarazo, yo tenía miedo ¿no?, que representará lo mismo, y que de hecho lo fue durante mucho tiempo, porque fue madre soltera como que varios años.

Diana refiere que en lo cotidiano, no se habla sobre lo que implica el embarazo, y que solo se destaca lo positivo. Las representaciones de las mujeres embarazadas en la cultura también son referencias que contrastan con la realidad. Ella reconoce que es un proceso que involucra emociones; que es complejo y que además la confronta con las maternidades que conoce, y que vivió en su familia. Para ella durante su embarazo está presente el miedo a tener que maternar sola.

Mónica habla sobre lo que sabía sobre los cuerpos de las mujeres embarazadas antes de vivirlo en su propia experiencia:

[sobre] el embarazo, pues [sabía] que había riesgos. Que tu cuerpo cambia, que ya no es lo mismo, o sea que tu cuerpo ya va a ser diferente; cambios físicos[...] en general eso, ajá, qué pues, que podía haber vómitos; que te salen estrías. Todos esos cambios físicos era lo único que había escuchado del embarazo, nada de complicaciones o como ya en el hospital y eso no, hasta en el momento fue que lo aprendí.

Cuando le pregunté si vivió esos cambios que me había narrado me respondió lo que sentía a partir de ver su cuerpo transformarse:

con los primeros como estaba más chica, así que me importaba más como la imagen, mi figura. Con la primera cómo me salieron estrías y con la primera, este sí me sentí mal, lloré me acuerdo[...] mi cuerpo está cambiando, se me hicieron las chichis así bien grandes; a mí me gustaba que las tenía así medianitas, el pezón se me hizo bien grande y así como que yo no ¿por qué? me sentí como triste, si me sentí triste.

Mónica ha vivido cuatro embarazos, ella cuenta que el último fue diferente; este embarazo lo vivió durante la pandemia, los cambios físicos se manifestaron con malestares más intensos como describe a continuación:

[...] vómitos o sea en el embarazo este último embarazo fue todo así vómitos mareos todo lo que un embarazo real te dicen que es, todo me pasó en vómitos; no comía, osea no se me antojaba nada, poquito así como de aguas de sabores y bajé un chorro de peso y con los otros no; con los otros bien comelona siempre osea, ahh y con este todo, con esta bebé todo fue bien diferente jejej para mal; pero yo creo que realmente así se supone que les va a muchas, pues y yo no sabía [...] como no me había tocado pues no lo había vivido no, no me lo esperaba en este; y cuando así yo decía ¿por qué? ¿Qué le está pasando a mi cuerpo? me sentía bien extraña[...] [Cómo te sentías en tu cuerpo como qué?] Como si no fuera yo, como si alguien se hubiera apoderado de mí, no sé, como si la bebé me estuviera succionando el alma, no sé, bien raro, jajja. No se si tenía que ver la pandemia también la ansiedad no se, pero sentía que yo no estaba existiendo, bien chistoso.

Ella reflexiona y construye sentidos sobre su experiencia siendo su cuerpo objeto de auto observación, la sensación de extrañeza ante los cambios: la debilidad de su cuerpo y las circunstancias de encierro convergen en un sentimiento de despersonalización. Su cuerpo reproductivo mutó para convertirse en un lugar considerado como propicio para la gestación.

En el embarazo las hormonas generan cambios en el organismo de las mujeres para crear las condiciones que se consideran adecuadas para el desarrollo del feto, para el parto, y para la lactancia. Hasta un 80 % de las mujeres embarazadas presentan náuseas y vómitos durante los primeros meses del embarazo principalmente por las mañanas a causa de las

hormonas eso es considerado normal sin embargo en ocasiones se presentan con tal intensidad que se dificulta la alimentación, se presenta deficiencia nutricional y deshidratación ocasionando fatiga y debilidad (Gonzalez et. al., 2011) .

El modelo médico produce sujetos con base en la salud y la enfermedad, una persona debe cumplir ciertos requisitos para considerar que se adscribe a alguna de esas dos definiciones es por ello que la mujer embarazada, al no estar enferma, ocupa un espacio contradictorio pues el proceso de embarazo, no puede ubicarse dentro de la enfermedad pero los cambios que sufre el cuerpo de las embarazadas se materializan con signos similares a la enfermedad. Esto da lugar a que se categoricen los cuerpos de las mujeres embarazadas como enfermos y que socialicemos desde ese lugar de subordinación ante el saber/poder de la medicina (Ussher, 2006; Zola, 1976).

En relación con lo anterior, las entrevistadas vivieron cambios fisiológicos que causaron una afectación en el funcionamiento de su cuerpo y en sus emociones. Diana describe las sensaciones corporales durante sus embarazos de la siguiente manera “en mi cuerpo embarazada, como físicamente fue bien pesado, tenía muchas náuseas o sea exagerada. No paraba de vomitar, me sentía súper cansada, me sentía aparte, no solamente me sentía triste”. Por su parte, Olga narra:

No, nop, la neta no me emocioné, nada me emocioné.. y pues.. será ese, pues si la neta nunca estuve emocionada. Como los primeros meses, como fue horrible, así de vomitando; no me podía parar para nada; baje como 4 kilos, así de puro [...]. Los primeros 3 meses fueron horribles, horrible [...] me la pasaba acostada, no comía, a parte me la pasaba llorando, triste.

Diana y Olga presentaron náuseas y vómitos que describen como exagerados y horribles ocasionando pérdida de peso y cansancio. En sus testimonios la tristeza es una emoción constante durante los primeros meses. Para ambas saberse embarazadas fue una noticia que les afectó física y psicológicamente pues no deseaban ser madres en ese momento de su vida. Las dos eran estudiantes universitarias, dependían económicamente de sus familias y les preocupaba pensar en asumir solas la responsabilidad de la crianza.

Olga también presentó manifestaciones físicas de malestar pero no las relacionó con la posibilidad de estar embarazada. Su familia la llevó al médico para descartar una enfermedad, de esa forma se enteró que estaba embarazada. Ante la noticia, la reacción de ella y de sus padres fue muy distinta, pues ellos se sintieron aliviados de que ella se encontraba sana y lo vieron con naturalidad y para ella fue algo impactante que se manifestó en forma de malestares en su cuerpo, como lo cuenta a continuación:

Estaba en casa de una amiga[...] me empezó a doler mucho la cabeza y me empecé a marear, me dormí y me desperté y me sentía horrible; y ya, me regresé a mi casa y mis papás creyeron que estaba enferma y dijeron, bueno pues te vamos a hacer exámenes. Te voy a llevar al doctor y el doctor me reviso y dijo: *No pues yo le sugiero que le vayan a hacer exámenes para ver si no tiene algún bicho, o si está embarazada* y yo -Fuck- [...] a mi papá y ya, me llevó y no me dijo nada y ya me lo hizo y toda la tarde yo estaba en la cocina y llegó mi papá y estaba como molesto y dijo: *¿ya vez? No tenías nada, solo estás embarazada* y yo: *¿what...acá?* Y mi mamá también dijo cómo que : *¿qué?* Y no estas embarazada y yo toda preocupada y yo de : *¿qué?* Y empecé a llorar ¿no? No me acuerdo exactamente, porque tengo la neta muchas partes borrosas de mi embarazo jaja, este, pero eso siempre se me quedó así súper marcado que de momento

pues si lloré y todo eso [...] Él estaba preocupado de que tuviera algo serio o de que estuviera enferma.

Este caso permite vislumbrar cómo la función reproductiva del cuerpo de Olga era algo deseable y esperado por su familia, infiero que es porque cumplía con la feminidad normativa: la fertilidad. Por lo que la noticia es vista como algo natural, excepto por ella. Olga no utilizaba ningún método anticonceptivo y no reconoció algún cambio en su ciclo menstrual por eso cuando la valora un médico y le confirma el embarazo ella se sorprende y su reacción emocional fue de preocupación y llanto.

La noticia o la confirmación de un embarazo muchas veces se da en escenarios donde se tiene contacto con la ciencia y la medicina. Ya sea por las pruebas de laboratorio ante la sospecha de embarazo, las consultas médicas ante la presencia de malestares o ante la posibilidad de descartar alguna enfermedad. Las ciencias de la salud, especialmente la obstetricia, confirman el estado del cuerpo reproductivo. Es por ello que cuando las mujeres hablan de sus embarazos muchas veces comienzan con el momento en el que se enteran que están embarazadas. Estos son los primeros encuentros de conocimientos producto de la experiencia encarnada de las mujeres y los conocimientos producidos por la ciencia médica.

Para Diana la capacidad intuitiva de su cuerpo y el conocimiento de sus ciclos menstruales fueron los medios por los cuales ella percibió que estaba embarazada. Ella había tenido educación sexual y reproductiva, así como acceso a la salud pues utilizaba métodos anticonceptivos y tenía la capacidad económica para adquirirlos y para comprar las pruebas de embarazo. La aplicación de los métodos anticonceptivos inyectables también requieren de un conocimiento de sus ciclos menstruales. Por un lado, el vivirse mujer y conocerse le da poder sobre su cuerpo, pero también el nivel socioeconómico está relacionado con las posibilidades que tiene para actuar y para obtener conocimiento.

Bueno la primera vez, hmm, que fue hace 15 años, me enteré pues porque no me bajaba; no me llegaba mi periodo, entonces lo tomé como algo bueno. Probablemente se atrasó, yo estaba tranquila porque según yo me estaba cuidando con un método anticonceptivo que era la inyección, y creo que me la puse como que mal; no me la puse en el tiempo adecuado, entonces al parecer eso fue lo que sucedió. Entonces ya dejé pasar como dos semanas y dije -me voy a hacer una prueba porque no me ha bajado- ¿no? [...] Me la hice yo, hice pipí este y pues ya me salió positiva y dije no, a lo mejor está mal esta prueba, me voy a hacer otra y no, salió positiva[...]en ese tiempo tenía 24 años, y estaba estudiando y luego no tenía trabajo para mí; realmente fue un shock [...] algo difícil.

Los embarazos en la narrativa de las mujeres, son construcciones cambiantes que se van articulando a partir de los discursos y mandatos culturales sobre los cuerpos reproductivos pero también de la reflexividad del propio cuerpo. Los significados que dan a sus embarazos son complejos porque se articulan sentimientos de tristeza, preocupación, incertidumbre y cambios físicos que son visibles en sus cuerpos y la forma en que son vividos. Así como cambian los cuerpos vividos también mutan los significados de su realidad como mujeres embarazadas y la maternidad.

4. 2. Formas que adopta el poder obstétrico

Foucault (1988) reconoce un sistema de diferenciaciones que permite actuar sobre las mujeres embarazadas: en primer lugar, la lingüística, lo que puede entenderse como el lenguaje médico; luego la destreza o competencia, como es el conocimiento de la biomedicina; y por último, la diferenciación económica o la clase social de los profesionales de la salud. Enfatiza

que entre los objetivos que persigue este sistema están: mantener los privilegios, la autoridad y la acumulación de ganancias. Y por último describe que la vigilancia, los mecanismos de control y los regaños son modalidades instrumentales del poder; las cuales serán analizadas en las experiencias de las mujeres. Por su parte Weir (2006) distingue tres tipos de poder: el *disciplinamiento*, la *anatomo-política* y la *biopolítica* al cual llama una suma de aparatos de poder articulados de la práctica obstétrica. En el siguiente apartado evidencio la existencia de este sistema en el caso de estudio y las formas particulares que toma en el contexto donde se sitúa la experiencia de las mujeres.

4.2.1. El papá sabio: paternalismo, dispositivo de control de la autoridad médica

La autoridad médica ejerce el poder porque desde la obstetricia se ostenta como el dueño del conocimiento sobre los cuerpos embarazados de las mujeres; un conocimiento legitimado por la ciencia. Esta representación de la autoridad se presenta en las narrativas de las mujeres. Diana cuenta que su mamá es enfermera por lo tanto, fue ella quien le recomendó un obstetra del que le habían hablado muy bien; decían que era un doctor con mucha experiencia y era muy bueno. Al describir sus encuentros con el ginecólogo, Diana narra lo siguiente:

La atención fue muy buena, la verdad sí, muy muy accesible, muy preparado. Él nada invasivo, como muy muy respetuoso, como un hombre muy respetuoso. Sí, sí me explicaba al principio todo [...]el doctor me acuerdo bien lindo se me hizo, porque pues sí, me vio bien triste y ya sabía que hacer; con un poquito, me acuerdo que me hizo en el hombro y me dijo: vas a estar bien, mañana vengo a ver cómo amanece siempre me hablaba de usted muy respetuoso, parece como un papá sabio, bien amable.

Para Diana son importantes tres cosas sobre esta figura de autoridad: primero que tenía legitimidad por su preparación académica; y por los años de experiencia en la práctica. Segundo, por el trato amable y respetuoso; y tercero, que compartía el conocimiento con ella.

4.2.2. El discurso sobre el riesgo y el mandato reproductivo

Unos meses antes de que Diana quedara embarazada inició un tratamiento de fármacos para atender una enfermedad de la piel; ella cuenta cómo el médico la hizo firmar un documento donde hacían de su conocimiento que no podía embarazarse porque existía el riesgo de que su bebé naciera con alguna malformación; lo que al inicio del embarazo describe como otro de sus miedos. Para los cuerpos femeninos, la vigilancia o control funciona como disciplinamiento para asegurarse de que se cumpla la reproducción. El fin reproductivo como mandato es procrear hijos sanos, el cuerpo de la mujer embarazada visto como el contenedor de otro cuerpo, el que importa. Por lo tanto, se penaliza cualquier acción que esté vinculada a la posibilidad de dañar al producto incluso antes de que exista el embarazo. Estos discursos encarnan la experiencia de Diana por tener un cuerpo fértil.

Otra cosa que Diana consideró importante sobre el gineco obstetra es que respecto al posible riesgo de daño en su bebé, él no tuvo una postura alarmante, sino tranquila y comprensiva, lo cual ella describe como reconfortante. Durante todo su embarazo ella continuó su atención con el mismo doctor. Sin embargo, cuando ella se encontraba en las semanas cercanas a su posible fecha de parto acudió a su consulta de revisión y sucedió algo que no esperaba.

Sí, súper bien, iba a Calxico[...] el caso es que entré y el doctor me dijo.. hmm no no creo que vayas a poder ir; ya yo creo que allí sí pensé, como te digo, no tenía mucha experiencia. El doctor me pasó, me revisó, pero yo sentí que me picó; esa fue la primera vez, y sentí como -ahh te voy a revisar- y de repente, sentí con la mano como que me

hizo un pum [...] yo considero que él rompió la fuente o algo porque cuando me picó, me dolió y se me empezó a salir el agua¹⁷, entonces -ahh no ya se reventó la fuente- y que acá como bien teatrero y yo, ahh, pues como no sabía nada, era la primera vez, yo bueno, entonces, este, ¿qué prosigue? no, ya me dijo: No pues ahorita se van al hospital y ya otra vez al de La familia, esa fue la primera vez, nos arrancamos para allá y todo[...] va a ser cesarea dice: el bebé está sufriendo, está, ahh trae el cordón, trae doble amarre y lalala jajaja entonces cuando tuvimos, cuando ya salió la bebé y la sacaron y todo[...] mire aquí están los dos cordones y ya después nos reíamos[...] yo porque parecía que a fuerzas quería hacerte ver que allí estaban los nudos y que por eso tenía que hacerte la cesárea, me imagino que tal vez por eso ya había tenido algunos comentarios negativos del doctor, igual como que hacía mucho énfasis, si me acuerdo muy bien de eso.

En el segundo embarazo de Diana tuvo un aborto espontáneo. Primero acudió al hospital del servicio público donde recibió malos tratos. Por lo que recurrió al ginecólogo que la había atendido en su primer embarazo, él le practicó un legrado.

Bueno, salí de lo de lo de la anestesia general y no me acuerdo muy bien, pero si me acuerdo que si me sentía bien triste así. Ay me dieron ganas de llorar, como que ¿por qué?, pues no lo pude hacer así ¿no? de manera natural; a veces digo -¿habrá sido necesario hacerme los legrados?- tal vez hubiera sido posible que se salieran así solos.

¹⁷ Ese procedimiento se le llama amniotomía es el rompimiento artificial de las membranas que contienen el líquido amniótico donde se encuentra el bebé. Esta maniobra se ha utilizado de forma rutinaria para acelerar el trabajo de parto activo y evitar la cesárea aunque no exista suficiente evidencia de esto. En este caso no se realizó para eso, pues ella no se encontraba en trabajo de parto y el doctor recomendó la cesárea de inmediato. Una vez que se ha roto la membrana el bebe debe nacer en un tiempo no mayor a 24 horas porque existe el riesgo de infección del líquido amniótico y complicaciones para el recién nacido (Ventura y Lam-Figueroa, 2008).

No sé, quién sabe, no me explicó. Y pienso, tal vez me quiso feriar¹⁸de paranoica, pero pues igual, no iba a investigar, después de haber ido a la experiencia del otro lugar,¹⁹ que a lo mejor no fue tan fuerte, no sé, digo de otras personas, de otras situaciones.

Diana duda de que las intervenciones hayan sido necesarias, aunque ella confiaba en la preparación médica del doctor desde la primera vez que la atendió, su cuerpo fue sometido a intervenciones quirúrgicas que reconoce invasivas, como la cesárea y el legrado. Aquí se hace evidente la relación entre saber/poder del médico y la confianza que Diana le tiene al sentirse “bien atendida” por ser un papá bueno y condescendiente para tomar decisiones sobre su cuerpo que vulneraron su autonomía. El doctor, en ningún momento considera otras posibilidades como respetar el tiempo para que su cuerpo inicie labor de parto natural o utilizar algún medicamento para que su aborto espontáneo continúe sin complicaciones. El cuerpo de Diana fue disciplinado para cumplir los mandatos sociales tradicionales y así convertirlo en un evento médico, instrumentalizado donde el médico tiene un papel activo, y la mujer pasiva, es una de las formas en que el poder instruye y controla el cuerpo (Weir, 2006). Al narrar su historia Diana cuestiona las decisiones del doctor pues reconoce un interés económico en realizar el legrado, ya que eso significaba una mayor ganancia para él; por lo tanto, al no darle información sobre las posibilidades que existen para atender un aborto, él guarda ese conocimiento para mantener el poder.

En otro de los casos, Yuly, durante su embarazo, recibió solo atención en el servicio de salud pública. En su historia podemos reconocer, como en los otros casos, el carácter

¹⁸ Feriar lo utiliza para referirse a un abuso económico por parte del doctor, al realizar una intervención quirúrgica que tiene un costo mayor y por lo tanto mayor ganancia de honorarios por el servicio profesional prestado. Diana informa que le cobró diecisiete mil pesos por legrado y treinta mil pesos por la cesárea.

¹⁹ Diana comprara esta experiencia con la que vivió en el hospital público cuando tuvo el aborto espontáneo. En esa ocasión las modalidades de poder obstétrico fueron más evidentes al manifestarse en el trato hostil, el uso de batas hospitalarias que exponen su desnudez y la burocracia y otras formas que generaron incomodidad, vergüenza e incertidumbre. Ante las pocas opciones que tiene prioriza la comodidad y el trato amable aunque ello signifique una pérdida económica.

infantilizado que adquiere su cuerpo, en su propia percepción, cuando ella describe las sensaciones, percepciones y significados que le da a su experiencia de embarazo. Durante su primer embarazo ella describe cómo se enfrenta al poder obstétrico patriarcal y dominante que no le proporciona apoyo y mantiene celosamente el conocimiento del proceso de parto.

Me siento culpable de haberme hecho tan chiquita. Porque no actúe como siempre en mi vida, de ser muy decidida o muy voluntariosa -como dice mi mamá-. No sé, no sé por qué me hice chiquita.[¿Te sentiste chiquita?, ¿Te sentiste chiquita en el hospital?] Sí, sentí que era una niña yendo a hacer todo eso cuando ya tenía 21 años. Pero me sentía una niña. No sé por qué [¿Y cómo te trataban?] Como niña. Como que todo el mundo me regañaba como niña. Como niña [...]como estúpida me sentía.Como que todo el mundo me veía como...como, si está tontita déjala, está tontita déjala. Siempre me sentí así. Por no saber qué hacer. Es muy confuso. [¿Tampoco te explicaba?] Nadie me explicaba. A mí lo único que me decían [era]: ¿Y cómo sé cuándo va a nacer el bebé?- Pues tú vas a sentir. Y era como que... ¿Pero qué voy a sentir? Pues las contracciones vas a sentir. Vas a sentir mucho dolor. Lo único que me decían era que yo iba a sentir mucho dolor. No me decían, ah, es que te va...primero te va a salir un tapón de moco o vas a sentir como la panza. Nada, nunca nadie, nada más me decían ¿puedes sentir dolor? Tú vas a saber cuándo te va a doler.²⁰ Y yo, pero...decía, es obvio que me va a doler pero, ¿qué parte del cuerpo me va a doler? Pero en realidad, yo me acuerdo que no me dolía en sí la zona vaginal, me dolía la cadera, me dolía la columna, me dolían... me dolían los huesos. No me dolían la parte del tejido[...] me dolían los

²⁰ Es una referencia general sobre una sensación corpórea que puede estar localizada en una parte específica de cuerpo y que es distinta en cada mujer. Yuly al no recibir suficiente información sobre el parto no identifica las contracciones aunque sí percibe sensaciones intensas. Las contracciones es parte de un fenómeno fisiológico dentro del proceso de parto que se puede manifestar de distintas formas entre ellas un dolor intenso en el abdomen que puede irradiarse a otras partes del cuerpo, como la cadera, los riñones y los muslos.

huesos. Eso nadie me lo dijo. Te digo, a mí me decían cosas como, es obvio... Pero nadie me decía qué era lo obvio.

El trato que recibió Yuly fue distinto al de otras entrevistadas; aunque también fue infantilizada por el personal de salud. La relación de poder de carácter paternalista del personal de salud se manifestó en otras modalidades instrumentales más evidentes y agresivas como son los regaños, la negación reiterada de información, el trato hostil logrando así una docilidad y pasividad que ella nombra como hacerse chiquita. El trato y las respuestas que recibió Yuly del personal médico la hicieron sentirse ignorante y tonta, sin embargo ante las respuestas evasivas que recibe ella cuestiona y reflexiona sobre la percepción y las sensaciones del dolor corporal. Ella tiene la capacidad de identificar y localizar el dolor en cada parte de su cuerpo como lo describe en la narración.

4.2.3. Gestión del cuerpo en atención pública y privada

En la experiencia de las mujeres es posible observar que las formas en que se expresa y se percibe la autoridad médica y el poder obstétrico, son diferentes en instituciones de salud públicas y privadas. En su experiencia con la atención privada, Diana comparte lo que ocurría durante las consultas:

Una toda ignorante porque la verdad cómo que no sabes mucho ¿no? La primera vez este, pero si siempre era como que, al principio pues, era la revisión por abajo, qué es por el útero, sin nada más. Era revisar que tuviera latido el corazón, este, todos fueron grabados los videos por parte de él. Siempre por ejemplo, cuando entrabas, era así de que, ambas, a tomar tu bata; tengo una enfermera, los pesaban a todos, como muy bonito, la verdad O sea de que, antes, al consultorio, claro que sí, la espera súper lenta y larga, este y te atendía la enfermera; entrabas y empezaban a pipi y luego ya te

median, te y ya te iban a dar la indicación es todo así como muy marcado como que un caminito así muy muy agradable [...] todo muy amable muy accesible.

Diana describe cómo era la atención de sus consultas de control de embarazo como un proceso que se centraba en el monitoreo, en una observación continua, de tiempos. En este caminito aparentemente amable y accesible es posible identificar lo que Lorna Weir llama *anatomopolítica* (2006) que se revela de una forma menos perceptible pues se trata de tiempos y movimientos controlados para lograr la docilidad del cuerpo (Arguedas 2014). Por otra parte, Diana subestima su propio conocimiento ante todos estos mecanismos de control y manipulación del cuerpo.

Para narrar la atención que recibió en el hospital público, Diana describe su experiencia en comparación con la atención privada:

Cuando entré pues obviamente nada que ver nada que ver con a la privada de verdad espero y qué triste que se me hizo bien impactante, y se me hizo como como que te describí nada, simplemente por el hecho de ir atenderte ahí, nada que ver cómo me trataron en la privada y no fui a que yo tuviera privilegios ni nada por el estilo pero no sé, se me hizo así como tan grosero; se me hizo como que, te miraba todo ¿sabes?, cómo así cómo como déspota la gente[...] y luego ya entré y me sentaron acá todo así bien burocrático, me sentaron y luego me dijeron: *-No pues vas a esperar o se vas a esperar ahí un rato y ahorita te va a pasar una enfermera*, y me dijeron: *te vas a esperar allí y no se qué, entonces, no se miraba nada hacia dentro. Tú nomás estabas como [en] unas sillitas y pues esperando a que te pasara y ya, pues yo me imaginaba que no sé, eran consultorios como independientes o no, esté que voy entrando ya me dijeron: Métete a ese baño toma esta bata ya. ¿Cómo no sé que serán? como unos siete*

enfermeros más o menos y todos así hay que como con un celular o sea se supone que es un área donde deberán de prohibirte el celular digo yo, he trabajado en varios lugares que no puedes usar celular no estás en un pinche espacio donde estas bichi, osea estas desnudo [...] te vas a meter al baño allí casi con los trapeadores, vas a salir y te vas a subir a la camilla[...] Y que me cambié y ya me subieron Y *-ya ahí se va a quedar un rato-* y descubierto de abajo ¿no? y así, que me daba un chorro de vergüenza[...], y yo, me quiero ir, como que en mi mente. Me sentía súper vulnerable porque pues estás desnuda y entre tanta gente.

El uso de las batas hospitalarias homogeniza a las usuarias de los hospitales, si bien su uso es común por facilitar las maniobras de revisión de los cuerpos, también es una práctica rutinaria que disciplina los cuerpos reproductivos de las mujeres exponiendo su desnudez. Para ella, exponer su cuerpo desnudo frente al personal de enfermería fue tan vergonzoso que pensó en salir del hospital incluso se lo dijo al médico antes de que la revisara. Una de las cosas que más le preocupa sobre su desnudez es que se sintió expuesta ante personal de enfermería que usa teléfonos celulares. Señala la falta de protocolos institucionales que salvaguarden la privacidad y confidencialidad de las mujeres atendidas Diana considera que debería de ser prohibido. Pues los teléfonos móviles en la actualidad cuentan con cámaras fotográficas. En esta misma narración describe como ella al ser enviada a un baño a cambiarse la ropa se siente , como si ella fuera también un objeto.

La atención pública y privada fueron percibidas de forma distinta por Diana, sin embargo, es posible notar que la exposición, manipulación y cosificación del cuerpo estaba presente en ambas experiencias; dónde la opinión de Diana, su voluntad, y las emociones que experimentaba no podían manifestarse, pues todo los procedimientos estaban predispuestos y preestablecidos por la autoridad médica, incuestionable. Sin embargo, en su narrativa, Diana

cuestiona en tiempo presente las condiciones en que su cuerpo fue expuesto durante esos momentos.

4.3. Negociar, resistir y reapropiarse del cuerpo ante el poder obstétrico

La experiencia de las mujeres durante el embarazo está fuertemente regulada por la autoridad médica, pero también, por las propias características de los sistemas de atención pública y privada. Sin embargo, como mostraré a continuación, pese al constreñimiento de los cuerpos, las voluntades, los deseos y las emociones de las mujeres, éstas despliegan estrategias para negociar, resistir y reapropiarse de sus cuerpos y de las situaciones en que se ven envueltas frente al poder obstétrico.

Diana, describe una experiencia de embarazo que no llegó a término o que en sus palabras describe como que “no se logró”. Ella acudió a un hospital público porque en ese momento su pareja no se encontraba en la ciudad. Ella no tenía dinero para pagar un hospital privado y en su trabajo no contaba con seguridad social, porque era una dependencia del gobierno donde prestaba sus servicios profesionales. Por ese motivo una persona de su trabajo le recomendó ir al Hospital Materno Infantil.²¹ Sin embargo, los procesos administrativos complican el acceso a la atención pública:

Ahora sí que de hecho que hago porque obviamente estaba acostumbrada como un trato que te daban en el área privada entro y lo primero y como que lo más importante[...] *que, -¿tiene seguro popular?- y yo pues ¿sabes qué?, vengo del trabajo no traigo los documentos -no, es que queremos saber si tienes la cartilla o no sé qué documento-.*

²¹ Hospital público estatal con la especialidad de obstetricia.

Lo primero que identifica Diana en este lugar es que antes de que se le preste el servicio, en la institución se cercioran de que sea derechohabiente, y que cuente con la documentación. Ante las rígidas políticas institucionales Diana desarrolla una estrategia de enfrentamiento para poder recibir la atención médica que consiste en no respetar los reglamentos y protocolos de ingreso al hospital y entrar a escondidas con ayuda del personal que laboraba en la institución:

Pues realmente, o sea, de verdad, ya me metí casi casi de que, por favor, hágame el paro, necesito nada más que me revise alguien y ya la enfermera me dijo -Mira sabes qué, este, te voy a dejar entrar y vas a tener la tarjeta a la mano-. Entonces ya fue me dijo -Mira te vas a meter por ahí atrás- y yo así de que jejeje.

Mónica, por su parte, narra cómo en sus primeros embarazos ella era más joven y cuando se enfrentó ante el poder obstétrico, no pudo evitar que se tomaran decisiones sobre su cuerpo con base en las políticas del riesgo (Weir, 2006). Sin embargo, su último embarazo fue reciente, durante la pandemia por Covid Sars-19; en este tiempo el uso de teléfonos inteligentes es mucho más común, por lo que es posible acceder a más información; y por redes sociales circula información sobre otros modelos de nacimiento y los servicios de doulas y parteras, Mónica cuenta cómo, en esta última ocasión, hacía uso de esta tecnología para investigar:

Ahorita con este último yo todo lo *googleaba*, todo investigaba [...] Yo todo investigaba y ya, ya este, fui a como a pláticas con Jovanna;²² tenía una plática como de toda la información para, para las mamás embarazadas y todo lo que conlleva²³ y todo; osea por que los ginecólogos no te dicen todo eso, como bien técnico, no sé.

²² Ella es doula, asesora de lactancia y ejerce la partería tradicional. Ofrece sus servicios y talleres por *Facebook*.

²³ En una ocasión yo acompañé a Jovanna en uno de los talleres que impartía a mujeres embarazadas donde explicaba de una forma muy sencilla y detallada cómo es todo el proceso de parto. Yo la apoyé en el registro

Capítulo 5. Experiencias de parto-cesárea y postparto

5.1. Saber-poder, experiencia encarnada y emociones durante el parto

En relación con los partos, Olga describe lo que ella conoce a partir de las representaciones disponibles en su contexto cultural y otras experiencias que le compartieron las mujeres de su familia:

Nunca me dijeron nada negativo ni nada así pues ajá, como que se emocionaron y no me decían, osea me decían cómo, sus experiencias y así, pero no[...] [Me decías que no querías pasar por ese trauma, ¿cómo sabías que iba a ser un trauma?] Pues por lo que había visto en la tele ¿no?, por experiencias reales, de que pues les duele y así; y que es todo, bueno también una que me decía mi mamá es que ella nos tuvo en el Seguro y no nos tuvo naturales; pero mi primer hermana dice que la dejaron un chorro de tiempo allí hasta que ya casi se dilatara y así iba a ser natural, y la dejaron un chorro allí sufriendo gritando y cuando ya la iba a tener no se pudo y ya al último le hicieron cesárea. Pero no sé, experiencias de que, la verdad la mayoría nomás como de 20 o una [contaba] que -fácil, fui y lo tuve-, y al otro día allí andaba con nosotras ¿no?, pisteano, pero ya como sin nada. Pero la mayoría son de que, no sé, 12 horas, veinte horas con dolores ¡ay no!, osea, para mí tener un hijo, no está chilo que te duela, la neta, ¿sabes?, osea, es también una de las cosas, de que, por qué yo no quiero otro hijo, porque dolor no, ¿por qué te tiene que doler? Osea, ¿es una vida no?

fotográfico y compartí mis experiencias de embarazo, pues el parto humanizado y la violencia obstétrica es uno de los temas que ella aborda en sus talleres.

Las representaciones culturales son un referente importante para algunas mujeres sobre los partos. Para Olga los partos son eventos traumáticos pues los relaciona con el dolor. Su madre le ha contado sobre su experiencia en la cual vivió mucho dolor, y fue ignorada en el hospital durante muchas horas. Esto aunado a lo que había visto en la televisión es un conocimiento que se produce fuera de su cuerpo; por cuerpos imaginarios que se ha interiorizado en el de ella. Su temor a sentir dolor es el motivo principal por el cual para ella la cesárea era una mejor opción y una alternativa al sufrimiento. Hasta ese momento desconocía que la recuperación de una cesárea también implicaba dolor.

En realidad las historias contadas por sus tías sobre los partos no se plantean como algo problemático, al parecer los vivieron sin complicaciones. Fue la experiencia de su mamá la que tuvo mayor impacto en ella, no es solo la sensación de dolor que implica parir sino el sufrimiento prolongado. Pues dolor y sufrimiento no son necesariamente sinónimos. Si bien es cierto, ambos contienen elementos físicos y psicológicos, resulta complejo distinguir entre las sensaciones, percepciones y significados que se articulan en torno a los partos. La experiencia contada por su madre revela que además de las sensaciones del cuerpo, se encuentran presentes los discursos biomédicos sobre los cuerpos reproductivos que se reflejan en la práctica médica: como la insensibilidad ante el dolor para finalmente terminar en una cesárea, lo que convirtió esa vivencia en un recuerdo de sufrimiento que ahora se encuentra interiorizado en Olga.

En su narrativa es de notar también una percepción contradictoria de los significados del parto; una ambivalencia entre la representación idealizada del nacimiento, como “una vida”, que no debería ser doloroso, frente a la experiencia vivida y construida a partir de estos otros sentidos producto de la socialización con otras mujeres y sus experiencias.

El dolor corporal es parte de las experiencias del parto en la narrativa de las mujeres de este estudio; aunque cada una lo expresa en forma distinta y lo manifiesta con diferentes intensidades. Tanto en el discurso médico, como en el conocimiento tradicional de las parteras se explica que durante el trabajo de parto se inicia un proceso fisiológico que modifica el cuerpo; así como la posición habitual de los huesos de la cadera de las mujeres para abrir paso al recién nacido. Sin embargo este discurso, en el caso de las mujeres se experimenta encarnado en el propio cuerpo: los huesos, tejidos y órganos se modifican gracias a las hormonas que se producen y generan sensaciones en el cuerpo que solo se viven en ese momento. Este dolor corporal, se interpreta de formas distintas y se entrelaza con el sentir, pensar y recordar de las mujeres. Yuly describe los significados que le da al dolor y lo distingue del sufrimiento:

Hay cosas que siento que no me pasaron a mí, que te las estoy contando, que le pasaron a alguien más. Los partos también son cosas...Es parte de eso que siento. Que no recuerdo el dolor. No lo recuerdo, digo yo, no, no es cierto[...].Pues, qué curioso, no? Porque mucha gente de lo que le tiene miedo a parir es al dolor. A mí también, yo me acuerdo que me dolió mucho, pero no es algo que recuerdes como sufrimiento [...].Es que yo no lo recuerdo como de -me quiero morir-. O sea, si decía, me duele, obviamente me duele. Pero no, no es un dolor insoportable.

Por su parte Mónica describe que durante su parto ella sintió mucho dolor y solicitó que le dieran un medicamento para manejarlo porque ella lo había visto en un *reality show* americano que se le aplica a las mujeres:

Ah yo les dije porque no aguantaba el dolor y les dije no, porque eso si ya lo había visto no sé en programas como de, de la tele de esos de *No sabía que estaba embarazada*;

y eso de que cuando miras que tienes mucho dolor -pónme la epidural²⁴- y dije -¿no me puedes poner algún medicamento para el dolor? porque me duele mucho... -No, no porque entonces no vas a dilatar-, y de todas formas no dilaté jejeje.

El miedo es una emoción que se encuentra presente durante el parto no sólo en relación al dolor. En el caso de Mónica describe que siente temor a morir

Era como tener mucho miedo de, de -y si allí quedó en la plancha-, osea porque yo sabía que iba a ser una cesárea, porque ya tenía varias cesáreas que aunque ya investigué, y supuestamente si puedes tener un parto después de cesárea.

Como ella ya tenía cesáreas previas, sabía que no le permitirían tener un parto. Su temor a la muerte era por los riesgos que implica someterse a una cesárea. Porque aunque tener parto natural sea una posibilidad, lo común es que los médicos recomienden hacer una cesárea de nuevo.

Las mujeres experimentan y perciben el dolor de forma distinta si bien para algunas el dolor de parto no es equivalente a un sufrimiento, para las que tuvieron cesáreas encuentran en esta, un fin al sufrimiento, o al riesgo de una complicación médica que las ponga en peligro a ellas o al recién nacido:

Ah, lo del parto... Ah, pues...tengo que...me había empujado el doctor. Me dijo como que...le avise cuando sienta la próxima contracción. Para empujarle, para...-Me dices, *Me avisa cuando sienta la próxima contracción- y me empujó la panza. Bueno, me bajó*

²⁴ Es un medicamento que se utiliza para el alivio del dolor, se inyecta entre las vértebras de la columna. Actualmente existen discusiones sobre los efectos que puede tener para alargar el parto, su uso no está relacionado con el aumento de cesáreas pero si con la realización de más maniobras durante las últimas fases del parto. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/la-epidural>

la panza hacia abajo. Y ya fue nomás como... Sentí mucha presión después del cuerpo de mi hijo.

De su narración una de las cosas que destaca es que ella es quien debe informar al médico cuando esté experimentando una contracción; el médico no sabe cuando, porque es el cuerpo de ella quien lo vive y quien lo siente. El obstetra es espectador, su papel es pasivo; la mujer es la que está en la labor de parto y quien tiene un papel activo para marcar la pauta a seguir en el proceso; es su cuerpo el que está produciendo conocimiento sobre lo que sucede en el trabajo de parto. Sin embargo, las posibilidades corpóreas de Yuly son limitadas ante la fuerza ejercida por el doctor cuando el doctor realiza la maniobra de Kristeller.

Durante el parto, el obstetra realizó maniobras innecesarias para acelerar el parto, no respetando los tiempos del proceso natural. A Yuly le realizaron la maniobra de Kristeller que consiste en presionar con los puños o el antebrazo el vientre con las manos para ejercer presión sobre el útero, al mismo tiempo que se siente la contracción y así acelerar la expulsión. Esa intervención está relacionada, según algunas investigaciones, con una alta prevalencia de desgarros perineales, rotura de costillas, hemorragias para las mujeres y lesiones en los recién nacidos (Becerra-Chauca y Failoc-Rojas, 2019).

Yuly describe las consecuencias que sufrió su hijo después de haber sido sometida a esa maniobra:

Cuando nació, le quedó así como una bolita aquí, arriba de la cabeza. Sí, y me dicen, es un caput²⁵[...]Se le va a quitar; a los dos meses se le va a quitar señora. Me dijeron que era por el canal de parto [...] Cuando es el año, yo lo llevo al doctor y le digo al

²⁵ Caput succedaneum es un tipo de lesión en la cabeza del recién nacido durante el parto ocasionada por la pared del útero o pared vaginal, sana de manera espontánea en unos días (Rodríguez-Alarcón et. al., 2008)

doctor es que mi hijo tiene esto en la cabeza no se le ha quitado aunque lo vamos a canalizar con el cirujano del hospital general. Cuando vamos con el cirujano del hospital general me dicen ok, pues las citas son super tardadas no me dicen, ok si tiene esa malformación en el cráneo, vamos a mandarle a hacerle estudios de eso para ver qué fue al momento de nacer; eso fue al momento de nacer, por eso se le quedó la bolita y como dicen que el cráneo de los bebés cuando nacen es moldeable todavía pues es dentro de lo moldeable el cráneo se hizo más grueso de lo que debería de ser pero nada más en una parte del cerebro; se cuenta que viene así la capa del cráneo se engrosa y después se hace chiquita[...] cuando te aplastaba la panza [...] Sé cómo se llama la maniobra pero nada más; me jalaron la panza cuando la cabeza del bebé hace resistencia por el canal de parto y por eso se le mal forma el cráneo [¿quién te dijo eso?] el cirujano me dijo que en las tomografías en los rayos x y en todo; me dice es que el niño no tiene algo que justifique, o sea no hay nada que justifique esa lesión que tiene en esa parte del cráneo; y el niño es muy pequeño como para que haya sido un golpe después de nacer porque entonces el niño se hubiera muerto; como si eso se le hubiese hecho después. Entonces eso me dijo el doctor, es una lesión por parte y ya cuando le dije cómo nació mi hijo pues es que cuando va saliendo el cráneo se hace como de masa para que salga para para amoldarse en tres partes, para que pueda pasar y ya me explicó eso y me dijo que por eso se le hizo de eso al niño y ahí empezó, pues por tener eso y mi hijo le vamos a hacer esos estudios [...]

La lesión craneal del bebé de Yuly era muy notoria, los médicos no le explicaron con claridad cuál era el motivo de esa deformación y esperaron a que desapareciera sola, lo trataron como un evento menor. Fue hasta después de un año que le refirieron con un especialista que indaga sobre los detalles del parto que le dijo que era consecuencia de la fuerza con la que el médico

presionó su vientre durante el parto. Ella cuenta que en ese tiempo ya estaba embarazada de su segundo hijo y atendía a su mamá enferma por lo que su prioridad era recibir un diagnóstico y atención adecuada para su hijo que ya presentaba problemas en su desarrollo. No procedió legalmente en contra del médico pues además las citas, las consultas y todos los procesos administrativos para recibir atención fueron muy tardados y desgastantes.

Las tensiones de poder sobre quién posee el conocimiento durante el parto son paradójicas. Aunque domina la autoridad médica en la dirección y encauzamiento de las acciones, los saberes sobre el cuerpo se concentran en las mujeres

5.2. Controlar, disciplinar y gestionar el cuerpo: negar y suprimir las emociones

Una vez que se ingresa a un hospital de Mexicali en trabajo de parto, los cuerpos de las mujeres embarazadas quedan sujetos a normas y reglamentos internos que instruyen y controlan. Al institucionalizarse los partos se asignan números, se designan camas para llevar la labor de parto acostadas y se obliga al ayuno. Estos dispositivos de disciplinamiento no están validados ni por la ciencia médica como medidas recomendadas para favorecer el parto sino que por el contrario existen estudios que demuestran que el ayuno puede provocar deshidratación, disminuir la progresión del parto y aumentar la probabilidad de que se requieran más intervenciones. Mónica describe a continuación esos protocolos de la sala de partos del hospital público.

Me tenían así con muchas que estaban en labor de parto ...¿acostada?] Ajá muchas camas así, en el seguro es asignado [...] *No no me dejaban levantarme [- Cuando

llegaste te canalizaron²⁶ y estuviste canalizada todo el tiempo?] *Las 12 horas[-
Entonces no te podías levantar ni mover] Nada [-Y te daban de comer?] No, [-Agua?]
*No, jajaja.

Las mujeres que recibieron atención obstétrica en instituciones privadas y en públicas, identifican que la diferencia más importante es el trato. Mónica al igual que Diana, compara sus experiencias en ambos lugares y lo describe de la siguiente forma:

Y si fue violento como el, como el trato; como muy brusco, el trato en cuanto, como en cuanto ingresé, como así como, yo me sentía como si estuviera en un hospital de un cuartel militar; todo así de que muchos gritos; todo bien rápido así como: *-¿cuantos años tiene?*- No no pues es porque tienen muchas embarazadas pero pues igual yo decia y por qué no contratan mas personal o no sé pues. Entonces todo fue muy brusco, nada que ver que en mis dos cesáreas de en medio que éste. Bien, en [el hospital] particular, pues te tratan bien. Todo es este, todo es cariñoso acá pues, el trato bien especializado y alli todo bien rápido [...] Ajá al materno infantil, osea te tratan como, como en el Seguro los doctores osea asi todo muy frío, no sé, todo como mucho de procesos como si uno fuera una máquina no un humano con emociones.

La experiencia de Mónica es narrada con muchos detalles que integran sus sentimientos y percepciones. Ella describe el hospital como un lugar frío, violento, donde los tiempos son muy controlados. Cuando lo hace, ella cuestiona la atención médica, compara con otras experiencias que vivió y hace analogías de las formas en que el poder se ejerce de una forma

²⁶ La canalización o cateterización intravenosa es una técnica invasiva que consiste en insertar un catéter por una vena de la mano para introducir soluciones líquidas o medicamentos. Durante el parto esto restringe el movimiento.

tan rígida como militarizada. Ante ese control ha corporizado los discursos del cuerpo reproductivo que realiza la actividad mecanizada de parir:

Entonces ya las 12 horas [...] yo sentía como que me salía mucho mucho mucho líquido osea como si todo el tiempo y yo pues como puede salir tanto líquido? [...] [-Y te cambiaban las sábanas?]*No, no me las cambiaban y luego [-¿Estabas tu mojada?]*si y luego yo tenía mucha sed, y no me aguantaba [-Y les pedías?]*si [- y que te decían?]*Que no podía tomar agua y yo así de que jejeje [-Preguntaste por qué?]*No no pregunté por qué [-Y te explicaban ellos por qué no?][...] *Y yo soy así bien peleonera pero como en el momento ya no no estás pensando más que en el bebé que todo vaya a salir bien entonces pude haber preguntado pero en el momento solamente es como que ahh ok pues supone que era como por mi bien, no se me iba a hacer daño si tomaba agua no se, y yo ok

El despliegue del poder obstétrico por parte del personal médico llevó a Mónica a un estado de vulnerabilidad y a no reaccionar de la forma que lo haría naturalmente. Desde el inicio del embarazo las mujeres nos encontramos ante una suma de aparatos de poder articulados (Weir, 2006) que logran la docilidad a partir del miedo; la intimidación por las políticas del riesgo, principalmente de un probable daño al bebé. Su cuerpo cansado, mojado, hambriento y sediento; se había debilitado y de esa forma se limitaban las posibilidades de resistencia. En ese momento dentro de Mónica existía una tensión entre lo que su cuerpo necesitaba y el deseo de bienestar centrado en su bebé. Ante esa lucha ella toma la decisión de no expresar su duda y su malestar

digo que mi cuerpo estaba como más así, más miedosa, más que no era yo, sí tenía mucho miedo, mucho miedo cuando me metieron al quirófano y con las otras dos

cesáreas no tuve ese miedo; tenía mucho miedo hasta cuando me iban a poner la, la este, la anestesia en la espalda; botaba la jeringa botaba y pues tengo entendido que es un jeringón y me decía la anesthesióloga -está botando la jeringa por la fuerza que está haciendo, se me va a romper la jeringa y le va a doler-, y yo así como que ah pues y ya pensando yo aca ¿no? Como mantras, cánticos y de todas formas no me podía relajar [...] más nerviosa, no sé, jejeje más así como que ahh no pues gracias por el apoyo moral jejeje, este, y yo así como que, -pues tengo que cooperar así- osea, no te, no te tratan de como de relajar; ellos quieren hacer su trabajo y ya, pues, entonces pues ya. Total, ya me pudo poner la anestesia y pues yo estaba así como, yo creo que ya, que si me pusieron la anestesia pues ya se empieza a dormir todo y pues ya no sentí nervios, pero si sentía como.. ¡Ay por favor universo!, ¡diosito lo que sea no me vaya, no vayamos a quedar aquí!, porque el doctor se veía muy joven pues, y pues como es de gobierno se supone que te deberían de tratar igual que en un particular pero no te tratan igual pues.

En diversas ocasiones mientras Mónica narra su experiencia resalta la sensación de que no era ella, que la forma en la que reaccionaba ante lo que le estaba sucediendo no era la que esperaba. En sus partos anteriores ella se rebela y resiste ante las opresiones que sufre. Sin embargo, en esta ocasión, su cuerpo no reacciona de forma instintiva confrontando el poder. La suma de tecnologías disciplinarias expresadas en opresiones y violencias que ha vivido se han encarnado en su experiencia; en esta ocasión, ella sentía mucho miedo a morir. Mientras entraba al quirófano, la anestesiaron y continuaba el proceso para practicarle la cesárea. Estas emociones no las expresa, las siente, las padece, su cuerpo las manifiesta en nerviosismo, tensión y rigidez. Busca dentro de ella recursos y técnicas de relajación como una estrategia para gestionar su cuerpo mientras mantiene un diálogo con ella misma.

Cuando a Olga le dijo el obstetra que su bebé nacería por cesárea ella refiere que sintió alivio pues le tenía temor al dolor de parto, sin embargo, desconocía que la recuperación de una cesárea sería dolorosa también. Ella describe cómo fue vivir el dolor durante su postparto.

[Y de la recuperación de la cesárea como fue?] Pues si me dolía un chorro, si tardé como mes y medio para subir escaleras, me dolía, yo tenía que quedarme como medio sentada porque me dolía mucho. A pesar de que tomaba medicamentos culeros . Bueno no culero pero naproxeno y no me acuerdo de otro.. me dolía sabes Nunca deje de sentir dolor la neta [Y tu le dijiste eso a tu hermana o algún médico que seguías sintiendo dolor?]si, pero así qué hacía? Que así que eso era que no me podían dar nada más fuerte..[Por qué no te podían dar nada más fuerte?] Porque de qué era lo que ocupaba, no se la verdad, así me decían, no pues es lo que ocupas y ya pero pues a mi me dolia sabes como? Me dolía, si yo pensaba que era por panchera como siempre he sido panchera para el dolor, pero me dolía osea sabes no.. yo si me hubiera.. si yo hubiera sabido pues me hubieran recetado otra cosa pero yo pensaba no pues lo que dice el doctor y ya.. pero pues si tarde te digo como mes y medio mas o menos ya poder moverme, más o menos[-Entonces después de esos nada más te dieron el naproxeno para el dolor y no te servía?] *Pues si me servia pero no ¿Cómo lidiaste con el dolor y con la niña? Pues a chingarle, mi mama no era de ah ya estas grande yo te ayudo, no yo lo hacía todo sola, ni mi hermana porque pues así tiene que ser, yo pienso que así tiene que ser, osea es tu hija no? Ah porque me decían no pues.. ah porque al otro día de la, de que la tuve y todo eso como a las 7 de la mañana, levántate, levántate a bañarte , tienes que caminar. ¿Quién te dijo?*La enfermera, que son madres,-Son religiosas no? Aja religiosas y este, le dije pararte, es normal como cualquier operación del estómago? y que pues te tenías que parar a caminar y yo toda allí, por eso yo nunca

me quedaba así como acostada del dolor, no pues me tenía que mover pero neta estaba bien culerísimo cuando ya la agarraba, que hacía cosas por ella, si me dolía pero no la neta no importaba mucho que me doliera, osea si tenía, sentía esa responsabilidad de saber que? Tu dolor es aparte, la niña ocupa, eso sí. La verdad no estoy muy segura que fuera bueno moverme, pero así me decían. Me dolía mucho pero a la vez digo no pues hay que estarla cuidado, si hubiera tenido alguien quien me ayudara pues a lo mejor.

Olga cuenta que experimentó mucho dolor durante su postparto, le recetaron medicamentos que no calmaban el dolor, y aunque ella lo expresó, no prestaron atención ni buscaron alguna alternativa de tratamiento. Las respuestas que recibió por parte del personal de enfermería²⁷ es que eso era lo que necesitaba para tratar su malestar físico. Su dolor fue ignorado y asumido como algo normal y esperado en el postparto. Ella asumió sola el cuidado de la recién nacida, ni su familia, ni el personal de enfermería le dio importancia a su dolor y sus cuidados. Ante esa indiferencia, Olga también silenció sus sentimientos y soportó el dolor constante. Los rígidos reglamentos del hospital donde los tiempos y movimientos son tan controlados logran la docilidad de su cuerpo (Arguedas, 2014) Olga se estaba recuperando de la cirugía y las enfermeras la presionaron para que se levantara y se bañara. Ella cuestionó sus indicaciones pues su cuerpo le indicaba que quería permanecer en reposo, no se sentía segura reconoce que fue sometidas una cirugía mayor en su abdomen. Pero finalmente ante las respuestas contundentes de las enfermeras ella prioriza el cuidado de su bebé cumpliendo con los mandatos de responsabilidad y sacrificio que la maternidad conlleva.

²⁷ Olga fue atendida en un hospital donde el personal de enfermería son mujeres de una orden religiosa católica.

En sus primeras experiencias de embarazo, y parto, Diana se había enfrentado al poder obstétrico tanto en la institución pública como en la privada donde se había vulnerado su autonomía. Por eso, cuando ella en su último embarazo, buscó otro modelo de atención, había conocido por una amiga suya que era posible tener un parto después de una cesárea y dice que ella quería tener esa 'experiencia bonita'. Su amiga le recomendó a su ginecólogo y comenzó a atenderse con él. Aunque Diana describe que nunca hizo *click*, su objetivo principal era poder tener un parto natural y continuó atendiendo a las consultas con él. Sin embargo, las cosas no fueron muy distintas con ese médico; ella refiere que el día del parto, tenía una obstrucción en el intestino que le causaba mucho malestar, pidió que realizaran alguna maniobra para ayudar a limpiar su intestino. Ella esperaba ser atendida por el doctor, pero en su lugar mandó a otra ginecóloga que le dijo a Diana que como su parto era humanizado no podía realizar intervenciones de rutina como los enemas.²⁸ Esto generaba mucho dolor y malestar a Diana. En el modelo del parto respetado o humanizado se evitan las intervenciones de rutina, sin embargo, la apuesta de este paradigma es poner en el centro a la mujer y sus necesidades. Las de Diana fueron ignoradas. Después de varias horas el parto no avanzaba como esperaban, le inyectaron oxitocina para provocar contracciones, pero finalmente le realizaron una cesárea porque Diana sentía mucho dolor e incomodidad y no podía pujar. Ella describe de la siguiente forma su parto humanizado:

pues estaba llorando ya al final, de dolor físico, osea, ya era, ya no era ni emocional no me importaba nada. De hecho, llegaron con el bebe y yo ay perdóneme le dije a la enfermera, la verdad es que: Ay se lo traigo para que se lo pegue al pecho y yo ay ya bien mala pero pues no, no puedes pensar por el dolor ya, y yo intentaba ay como ay

²⁸ El enema es un procedimiento útil que facilita la expulsión de desechos por el recto. Es uno de los procedimientos que se han realizado en las salas de parto de forma rutinaria porque un intestino vacío facilita que descienda la cabeza. Sin embargo, no es necesario en todos los casos y genera molestias e incomodidad (El parto es nuestro, 2023)

el bebé, me lo traté de pegar y sí me lo pegaron al pecho y todo porque yo le quería dar pecho desde el principio este pero, pero despues de eso seguía allí entonces eso fue como lo más pesado, sí me sentí mal, ya hasta que me lo sacaron sentí que pude como respirar me dolía ya un poquito menos[...] yo soy una persona que como que no me gusta molestar a la gente y yo como que ahh me duele leve, no hago mucho alarde, pero esta vez de verdad si debería haber hecho como más; haberme quejado más porque como que él no lo tomó mucho como algo, como algo preocupante digo a lo mejor no era tan grave pero me sentir muy mal al final.

El ejercicio de poder de la autoridad médica se presenta en la mayoría de estos casos en un contexto de vulnerabilidad de las mujeres. Sin embargo, no son éstas cuerpos pasivos que aceptan a ciegas las normativas y mandatos de la autoridad médica. En las narrativas emergen reflexiones de las propias mujeres respecto a las gestiones del tiempo y del propio cuerpo. Las emociones, articuladas al pensamiento, son detonadores de malestares que en el momento presente de la entrevista se revelan como descontento y enojo contra el poder obstétrico representado generalmente por el médico

A mí eso se me hizo una falta de respeto porque al final duré nueve meses pagándole de manera continua e inclusive el hecho de que a veces me mandaba ir al consultorio dos veces a consulta en el mes ¡ahh de verdad tanto!, y yo mijito ni que tuviera un árbol de dinero ¿no? pero eso no me gustó y pues si cambio mi expectativa y hasta miro el letrero de humanista y digo: Ayy pura mercadotecnia si y a lo mejor si lo es a lo mejor con otras personas es muy lindo muy amable pero, pues realmente siento que todo es un producto de mercadotecnia eh, la verdad que la imagen[...] no lo hago en el son de atacar a nadie pero a mi eso no me gustó en lo personal pero nada se compara con atención pública, nada, este es hasta lindo, no importa si fue o no fue parto.

Como ha sido revelado a lo largo de este capítulo el poder obstétrico que es eminentemente disciplinario, se ejerce hacia las mujeres y proviene de los discursos biomédicos sobre los cuerpos reproductivos. Se presenta tanto en el servicio de salud pública, como en el privado; aún en casos como en el de Diana que buscó un modelo humanizado. Durante el parto, sus necesidades fueron ignoradas, las decisiones del médico se impusieron y finalmente se realizaron muchas intervenciones como la aplicación de oxitocina y terminó siendo una cesárea. Al final de su historia ella hace de nuevo la comparación y resalta que aun después de lo que vivió y de no poder tener un parto natural como ella quería, prefiere la atención privada antes que la pública.

Bien, ahí me trataron súper mal. Era la guardia, la enfermera de guardia era una señora ya grande[...]una señora mayor que se quedó ahí y era la que me decía, no te levantes[...]. Y que le decía, ¿dónde está mi bebé? Ahorita lo van a traer. Y yo, ¿dónde está mi bebé? ¿No te lo han dado? Yo no, y no me dicen, me dicen, ¿te drogaste en el embarazo? Y yo no, y dice, ¿Dí la verdad que porque los bebés que son hijos de madres adictas, los tienen que tener en observación? Y yo no, no, no, yo ya estaba muy asustada por mi bebé, no me lo llevaban[...]Y yo me sentía como ignorada, pues me sentía muy ignorada, me sentía como[...], yo no tengo la culpa, yo no sé, yo ni siquiera sé qué está pasando, porque nadie me contesta, como desorientada, como...¿Qué preguntabas lo de tu bebé? Sí, no me decían dónde, es que eso era lo que me tenía muy mortificada, que no me decían dónde estaba mi bebé, y era como que...perdí el bebé, como voy a perder al bebé [...]yo tengo que encontrar ese bebé, yo me sentía muy desesperada, porque nadie me decía dónde estaba mi bebé,

Una vez que nacen los bebés necesitan ser alimentados, por eso la lactancia es un proceso importante de la materialidad del cuerpo y los significados pues que involucra la

responsabilidad de la nueva vida y una expectativa que se tiene sobre la maternidad, una tarea que se espera que los cuerpos de las mujeres realicen bien. En el contexto médico y familiar se tienen expectativas sobre esas tareas de cuidado y cuando no es posible cumplir con ellas puede generar mucho estrés. En el siguiente relato, Yuly describe cómo fue la atención por parte de las enfermeras durante su postparto en relación a la iniciación a la lactancia de su primer hijo

Muchísimos años después me explicaron, me explicó un neuro luego que los niños con autismo no tienen como las habilidades cognitivas, como eso de mamar, los niños autistas no lo tienen, por eso mi hijo no comía, por eso mi hijo no comía, nunca agarró el pecho porque no tiene el instinto de mamar, y yo no, no se puede, no, si se puede, dale, y yo no se puede, no, pues llegó la enfermera y me agarró y me aplastó acá, y salió un chorro de leche, no, pues me dolió[...] Me dolió, como no tienes una idea [...] porque yo le decía cómo, es que no tengo, es que no tengo, pues no tengo leche. [Ponte al niño], no, no tengo, llegó y me agarró y me hacía así, me agarró, me apretó bien feo y me salió, primero fue como algo, me imagino que el caloso porque se miraba un líquido muy transparentoso, pero me dolió, como no tienes una idea, un trauma total mío, la lactancia. No, no, no, no, qué horrible. Y me dolió mucho y me dicen: ahí tienes, ponte al niño. Ni nunca se hacía el niño, no, lo que hacía era como que me apretaba bien fuerte para que salieran gotitas, no, no, es que no se puede, es que no tengo. Ya, empezate a hacer así para que te baje la leche. Y como ya iba a salir, porque me sube bien un poquito tiempo, me dice la enfermera: Ay, mira, mi hija, no batalles, cuando llegues a tu casa, dile a tu esposo que te ayude. Y yo, no, no, de verdad, no entendía y así como que como?, pues dile ahí que se te prenda primero tu esposo para que te baje la leche y yo. No sé, no, no, no me agradó ese comentario como el de... Mi hijo bajó 800

gramos de peso del día que nació a los dos días de nacido, porque mi hijo no sabía a mamar. Y yo me ponía al niño y todos veían cómo me ponía el niño, pero el niño nunca comía. Mi hijo bajó de peso. Mi hijo se me iba a morir porque nunca nadie me explicó cómo le tenía que darle a comer al niño. Nadie así ni mi mamá, ni la mamá, ni la abuela paterna, nadie nunca me dijo cómo le tenía que hacer[...] La lactancia no me dijeron nada[...] Lo único que me dijeron fue que... que yo iba a saber cuándo tenía hambre el bebé. Que el pecho me iba a doler cuando el bebé tuviera hambre [...] Yo me sentía en un mundo tan desconocido[...] No lo entendía.

Los hijos de Yuli son neurodivergentes ambos fueron diagnosticados durante sus primeros años de vida. Durante el puerperio, el personal de enfermería obstétrica no proporcionó una asesoría de lactancia adecuada para extraer la leche que sus senos producían y que sus hijos pudieran alimentarse. Las enfermeras la responsabilizaron por no saber cómo hacerlo generando mucha culpa. Por un lado tan invasivo que puede tipificarse como violencia obstétrica física y psicológica, primero porque ejercieron tanta fuerza a sus senos que le ocasionaron mucho dolor físico, fue una intervención no autorizada. Por otro lado, en la recomendación que le hace la enfermera es visible en su discurso contradictorios sobre ser mujer y madre, y los roles de género a Yuli. Asume que es una mujer casada y que el padre de su hijo está involucrado en los cuidados del posparto de Yuli y el recién nacido, ella evidentemente muestra incomodidad. Esa omisión de cuidados por parte de las enfermeras derivó en afectaciones físicas, psicológicas y riesgo de mortalidad infantil. En el siguiente relato cuando Yuly describe sus emociones ante la presión de su familia y los significados que le da ante la imposibilidad de amamantar a sus hijos como lo esperaba.

Y fue una desilusión para mí, me sentía mal por no haber amamantado a mis hijos, bueno a mis hijos, a ninguno de los dos. Fue una desilusión. Fue una desilusión para mí [...]

Porque, porque todos esperan como, o todos dicen, no el vínculo, el lazo que haces con tu bebé, cuando le estás dando de comer y yo no le di, como yo no lo, yo no lo amamante, yo no lo amamante. Era como que todavía lo que yo sentía de él, el sentimiento que yo tenía de que ese niño no era mío y no poder hacer eso por él. Era como que no, pues es que definitivamente no es mío me dio, me dio mucha tristeza, me desilusionó mucho. [¿Tú querías hacerlo y no podías?] Sí quería hacerlo porque me presionó a mí el papá del niño, me presionó en el aspecto del que: [*les que le tienes que dar, le tienes que dar pecho, porque la leche está muy cara. Le tienes que dar pecho porque la leche está muy cara*], pero es que no puedo [*Pues tienes que poder, todas las mujeres pueden tú tienes que poder. La mamá de mis otros hijos, ella sí pudo, tú también puedes*]. Y siempre me decía, y eso sí fue algo que no, que me estresaba mucho como el de, como siempre he tenido, pues ese es ahí, un tamaño más grande que el regular. Todos me decían, [*pues tienes unas chichotas, tu cómo que no vas a tener leche*]. Y yo, pues no, no tengo, no me sale, no me sale.

De esta narración destacan dos aspectos importantes en relación al cuerpo. Por un lado la tristeza y culpa que por no poder establecer un vínculo afectivo con su hijo a partir de la lactancia. Lo cual fue algo que ella esperaba vivir, son sus expectativas y deseos propios que están más relacionados con la dimensión afectiva de la experiencia y los sentidos sobre la maternidad. Y por otro lado las expectativas que otros tienen sobre su cuerpo que están más relacionados con la función alimenticia de sus senos. Lo que generaba mucho estrés en ella. La materialidad de su cuerpo como productor de leche es sometido a un juicio y vigilancia; fue comparado con otros cuerpos que sí cumplen, que son funcionales para encargarse de la tarea de proveer alimento. Ella ha corporizado esos discursos biomédicos de feminidad en relación con el tamaño y la función de sus senos. A continuación, Yuly describe las sensaciones

corporales de su proceso de lactancia y las consecuencias físicas y psicológicas de no poder amamantar

Ya mucho tiempo después de que un doctor me dijo que no me salía porque nunca, el bebé nunca estimuló la glándula para que siguiera produciendo leche. Pero todos me decían, cómo no vas a tener. Pues sí, mírate cómo estás. Y me dolía, sí eso sí te voy a decir, se me hacían piedras, en el pecho se me hacían piedras, me tenía que poner toallas calientes para que se me bajara la desinflamación. Y yo veía cómo se me salía la leche. Pero pues con agua de la regadera o así, o con agua de las toallas, y decía yo, estoy tirando la leche que le toca a mi bebé, y me sentía bien feo, bien feo, debería estar bien feo, para mí la lactancia es algo tan desilusionante, que cuando yo veo a alguien amamantando, es como que me incomoda, porque es algo que yo no pude hacer, yo no lo sé hacer, yo no pude, no sé, me causa un conflicto donde yo no puedo, yo no puedo, yo no pude, y me acusaron mucho por no poder hacerlo.

En el primer parto de Yessenia ella describe que se sentía chiquita, no sabía lo que estaba sucediendo en su cuerpo y ante la actitud autoritaria y paternalista del personal de salud su cuerpo fue sometido y controlado. Ella describe su segundo parto como una experiencia grata y bonita en el centro de salud pública pues fue atendida por doctores y personal de enfermería joven con una actitud amable. Fue hasta que ella les solicitó una cirugía anticonceptiva que su actitud cambió:

[...] Hasta el momento que yo dije: quiero que me operen para no tener más hijos, me quiero operar y me dicen: [cómo que te quieres operar?] si me quiero operar, ya no quiero seguir teniendo hijos y me dice: [tienes que hablar con la doctora] y yo:¿ por que?[porque estas bien joven] yo tenía 24 años[-si tienes que hablar con la doctora] y

yo pues quiero hablar con la doctora y le digo: me quiero operar para ya no tener hijos y me dice [estás bien jóven, no te puedo operar]y yo por qué no?

Sin embargo durante su segundo embarazo ella estaba asumiendo las tareas de cuidado de su hijo neurodivergente y de su madre quien se recuperaba de un accidente, había abandonado sus estudios con la llegada de su primer hijo y no tenía una fuente segura de ingresos. todas esas circunstancias

5.3. Estrategias de negociación y resistencias para recuperar los cuerpos en el parto y postparto

Yuly atendió sus dos embarazos en el centro de salud, su primera experiencia la describe como un evento traumático que generó mucha culpa por no saber interpretar las sensaciones de su cuerpo al momento de iniciar el trabajo de parto. En su segundo embarazo ella cuenta que de acuerdo a los cálculos de los médicos ella se encontraba ya cerca de las 43 semanas²⁹ la regañaron por no acudir antes al hospital pues su parto se estaba pasando.

A mí me dijeron que mi hijo se me había pasado, que tenía que nacer [...] ya me dijeron que tenía como cuarenta y tres semanas de embarazo; que el bebé ya no se podía o sea el bebé ya no, el bebé ya no aguantaba más y si me veías te asustaba de la panzota que ya tenía[...] casi se me ponía una lámpara que me veías al bebé de lo estirada que ya tenía la piel así ya; y me dice una amiga - mi nana antes nos daba esto para tener a los bebés: chocolate abuelita con manzanilla- y yo -qué asco- y dice -güey te lo juro sí- y yo, no, me digo no y pues cómo puedes jugar con eso, los bebés nacen cuando están listos para nacer me dice -no, se los dan a las personas a las mamás que ya se les está

²⁹ El parto puede presentarse entre la semana 39 y 42, sin embargo es común que las cuentas no sean exactas porque para precisar se hace una correlación de imágenes de ultrasonido y el cálculo de inicio de la última menstruación.

pasando el parto- y yo bueno[...] pues por ahí no es yo qué qué chingue su madre; sí pues me lo llevó a la medianoche bien escondidas nosotras porque según estábamos haciendo travesuras, pues me lo tomo y me dice wey es que te lo vas a tomar y en dos horas ya vas a tener al bebé, fijate mi ignorancia todavía yo ok y estamos por *messenger* le digo bueno no cierto nada no siento nada digo, tu método no sirve, ni lo malo que sabía, pues en la mañana siguiente me levantó voy al baño tiro el tapón de de mocos y fue como que a mí no me pasaba dos veces; ya vi el tapón y dije hoy nace este niño y le dije a mi mamá y a mis hermanos saben que ahora va a ser el bebé, me dicen ¿cómo sabes?, porque yo sé que ahora va a nacer me digo porque acabo de ir al baño y ya vi que ahora va a nacer.

Aunque la abuela de Yuly había sido partera tradicional tarahumara ella no recurre a la medicina tradicional para atender sus embarazos, y cuando se le presenta la posibilidad, desconfía en un inicio, pero ante la oportunidad de poder tener mayor autonomía sobre su parto decide intentarlo. Se le presenta una posibilidad para recrear un mandato de pasividad y se reapropia de su parto. En su narración Yuly señala que sentía que ella y su amiga estaban haciendo travesuras pues es un desafío romper las reglas impuestas por el discurso biomédico y la autoridad médica.

Durante su experiencia Mónica describe que cuando le dijeron que debían hacerle una cesárea, decidió irse de ese lugar, ella, como estrategia de resistencia, sale del hospital y busca otras opciones. Hizo caso a su instinto, a lo que su cuerpo le decía y se fue. Salir del hospital público y buscar el servicio privado son posibilidades que Mónica tenía en ese momento pues el papá de su hijo la acompañaba y porque sus familiares tenían conocidos en la clínica privada. A continuación describe cuáles fueron los motivos por los cuales ella buscó alternativas para no poner en riesgo su vida.

No se pero igual y ya yo no lo quise tener allí, porque yo ya había escuchado de otras cesáreas que, pues te dejan la cicatriz bien horrible; que no te atienden bien; y pues, quedar allí no sé, jeje, rumores que se escuchan de allí del seguro social; y pues y le dije al papa de la bebé en aquel entonces ehh... le dije, -no quiero que aquí me hagan cirugía-, -Dios mío no quiero, quiero salir viva de aquí- y pues ya nos fuimos.

Después de haber tenido dos experiencias donde su cuerpo fue intervenido quirúrgicamente posiblemente por un interés económico del ginecólogo particular. Ella busca otros modelos de atención al parto y recurre a un ginecólogo que realiza partos humanizados. Esta es una estrategia a la que ella recurre para recuperar su cuerpo y apropiarse de parto bajo la promesa de un trato más humanizado

5.4. Aparentar docilidad para resistir

Mónica tuvo a su cuarta hija en el hospital Materno Infantil porque sabía que en ese hospital promueven la lactancia y no la separarían de su hija, algo que era importante para ella. Ella ya estaba informada, tomó cursos y asesoría de lactancia con una doula con formación de partería tradicional, por eso aunque en el hospital promueven la lactancia, la información que recibe no es adecuada y ella se apropia de su lactancia e ignora las indicaciones que le dan y les miente para hacer lo que ella consideraba que era mejor para ella y su bebé

En cuanto al apego del bebe si fue mucho mejor porque luego luego te lo dan, si hay una enfermera que te está diciendo, a lo mejor no la información correcta, pero si al fin al menos te dice que te lo pegues en un lado y luego en el otro y luego otros 20 min. Y no se que.[...]Si, me decían que alternara a 20 min en un lado y luego 20 en otro y a veces la bebé ni quería y luego a veces yo me la dejaba mas tiempo y ya así como que

yo ya sabía que no había problema en cuanto al tiempo pues, este y ya eran de que cuanto tiempo te la dejaste? ¿los 20 min? Y yo de sí, nada más para que ellas llenaran sus protocolos, cuando la verdad la bebé se había quedado toda la noche pegada en una nada mas jajaj... y yo ah sisi ,*y en la otra es que si no te la pones en la otra,**y yo: Ah es que en la otra todavía no me sale **Y pues póntela* *Y yo de: ah si si ahorita pero los mandaba a la fregada sutilmente. Entonces desde ya, yo hice lo que quise porque yo tenía a mi bebé allí pero sí tienen su protocolos también pues no se me hace que este eso tan bien informado porque las profesionales de lactancia no dicen nada de eso de los 20 minutos ni nada jejeje; entonces ya después dije: osea si estuvo mejor pero pues no perfecto, porque pues no te dan la información correcta [...]no se si tenía que ver, no se con esta bebé como que me aferré a que yo le quiero dar pecho porque quiero, porque pues puedo, porque siempre en este ultimo me dijeron no es que no puedas es que no intentas o que te desesperas y si realmente si fue asi jeje osea no es como que no hay una mamá que no pueda dar pues así me informaron esta ultima vez o asi me informé más bien yo, no en los hospitales, yo por mi cuenta.

Tomar conciencia de que ellas también pueden tener conocimiento es una revelación producto de la experiencia. En varias narrativas se puede observar como en este caso, que las mujeres deciden buscar información para no repetir aquellos momentos en que asumieron los mandatos de la autoridad médica porque se consideraban ignorantes de los procesos, procedimientos y de lo que ocurría con sus propios cuerpos. En este caso, el conocimiento que ella tenía sobre los procesos de su cuerpo y la confianza de que ella podía dar pecho, esa confianza la adquirió por la información que ella misma buscó, en esta ocasión no se quedó con lo que le dijeron en los hospitales.

5.5. Cuidar de nosotras para resistir al poder

En el servicio de salud público, las salas de maternidad son espacios comunes, donde otras están viviendo sus partos y postpartos, cada quien a su ritmo de diferentes maneras. Las experiencias de las otras también están en el escenario de las nuestras y se integran.

En el hospital materno, una muchacha en un lado bien así como bien, está bien chiquita, tenía como 21 años; y la enfermera, nada más porque la muchacha está batallando, la trataba mal; a mí yo creo no me trató mal porque miraba como que no me veía tan sope; pero tan tan inmadura; y en lugar de: si ves que la muchacha está batallando para amamantar, ¡Ah no pues! -¡a la niña se le va a bajar el azúcar! y no sé qué; y yo de: - ¡ayúdala!-. [¿Y le dijiste eso?] Sí, sí le dije, le dije a la enfermera y a las dos, ya que se fue la enfermera, -no no le hagas caso es que si se batalla- y es que tenía como el pezón muy planito por si el bebé no podía agarrarle bien, está batallando [Y es que no quiere comer], no pues pero es que no quiere, -póntelo se le baja el azúcar- y yo ahí - no la maltrates-. Así le dije -ella es su primer hijo y yo a lo mejor es mi cuarto-; un poco más pero pues o sea si se miraba la muchacha que estaba sufriendo[...] y la enfermera la estaba tratando mal a la muchacha, como si fuera irresponsable, y yo así como que: -no pues ayúdala, dile cómo- Y la enfermera cómo que -no es mi problema- [...] Sí sí le dije que la otra se mira como que no la quiso ayudar y yo haciendo refugio y no la quiso ayudar; y este pues ahorita a mí me dijeron muy bien pero a ella no le cómo que no cómo que la vio inmadura ella le dijo, Allí se quedó con ella como una hora y aquella no, maldita[...] Por qué ese maltrato[...]también era mujer osea por qué?

Los gritos, el llanto, los cuerpos hablan, testifican. Lo que le pasa a la otra me pudo haber pasado a mí. Mónica presencia la violencia y ante eso no se quedó callada. Ella que ya había

estado en su lugar, joven, asumiendo las tareas de los cuidados iniciando una lactancia mientras era observada, criticada y amenazada por el personal de salud. La estrategia de Mónica para ayudarla fue acudir a otra enfermera. Señaló el trato diferenciado hacia ella y la otra. Al narrar esta vivencia, Mónica cuestiona el actuar de la enfermera en relación al género. Si bien es cierto el personal de enfermería realiza una tarea de cuidados que puede entenderse como feminizada, lo hace desde la obstetricia que, en el marco de un modelo médico hegemónico patriarcal en el que los discursos biomédicos sobre los cuerpos lactantes de las mujeres están presentes en su práctica; por lo tanto son disciplinados.

Las mujeres manifiestan de muchas formas sus resistencias frente al poder hegemónico; a través de sus cuerpos, sus sentires; también buscan negociar el poder y reapropiarse de sus cuerpos a través de diferentes estrategias. También retan, denuncian y confrontan la violencia del poder obstétrico de manera rotunda y agresiva, defendiéndose a sí mismas y reconociendo su derecho a rechazar la imposición de procedimientos, y tratos que sus cuerpos interpretan como violentos e inapropiados

Quiero comentarte [...] la violencia que sufrí pero eso yo no sabía que era violencia, pero como yo soy bien rebelde este me hicieron tacto en la segunda la cesárea cuando llegue que ya después me hizo tacto y me dolió y le dije y me dijeron: Así es esto y le dije no y cuando se portó así sangrona. No pues yo me encendí le dije -no así no es esto, quítate, le voy a hablar otra, no quiero que me toques-, le dije -así no es esto-, a mi ya me han hecho tacto con otra hija y como que me estaba lastimando, no sé me dolía mucho y le dije -así no es esto-, los otros, -el otro tacto que me hicieron en mi parto pasado- le dije -no me estaba doliendo así, tú me estas lastimando y no quiero que me toques y ni te me acerques; si me quieres volver a hacer tacto te voy a golpear y tráeme otra doctora -No pero, -No me importa, no, quiero que ya me entiendas-

5.6. Reflexiones finales sobre sus experiencias de embarazo parto y postparto

Para cerrar este capítulo comparto lo que expresaron las mujeres de este estudio como reflexión sobre sus experiencias de embarazo parto y postparto, durante las entrevistas.

Yuly:

Para mí el embarazo y el parto y todo eso, es de lo peor que me pudo haber pasado como mujer. Amo a mis hijos. Y son lo mejor que me pudo haber pasado en la vida. Pero como los tuve, Horrible, de verdad horrible. Yo creo que...Una descripción general de todo es culpa, sentí culpa. Siempre siento culpa [...] Sentí culpa de tener un bebé que no quería. Sentí culpa de no lograr que...de no hacer un buen trabajo. De no hacer un buen trabajo. Que desilusioné a muchas personas porque...porque...porque no sabía qué hacer. Me siento...Me siento muy culpable. A pesar de que yo sé que no es mi culpa, todavía lo siento. Como que...lo ilógico y lo sentimental. Todavía están chocando porque todavía me siento muy culpable

Mónica

Mi posparto fue como bien traumático y yo nunca sentí como el apoyo de él; de darte, de echarle la mano, de apoyo psicológico, porque este último parto fue como, todo, osea yo nunca había tenido nada de depresión postparto o si la tenía no me daba cuenta y yo ahh mes y medio después de la cuarentena todo normal; mi cuerpo, todo, y con este posparto todo duró mucho jajaja y todo fue más potente. Tenía miedo [...] me sentía triste de repente me sentía como mala mamá y sentía muchas emociones[...] sentía como coraje de que el papá no me ayudaba con la bebé; de que yo estaba sola pues más bien me da coraje de que yo estaba sola, no trató, que no me ayudara sino que,

yo tengo que hacer todo, osea, me sentía mi cuerpo así como, como que no era yo; cómo que tenía que esperar a que sanará pero no sabía cómo ayudarle a mi cuerpo a que llevara su curso pues, de sanación y recuperación porque puede dar una vida y por dentro [...] quería ayudarle a mi organismo pero no sabía cómo, lo único que, que hacíamos era meditar o así me la pasé pues como más tranquila, pero igual tener otros tres hijos no podía estar tranquila

Diana

Ser madre para mi significa no sé, como haber podido lograr tener una familia. Siempre quise una familia eh; significa poder dar amor, poder crear; ahora sí que poder expresar tu cariño de manera genuina. Para mí eso significa ser madre. Sentí como un desgaste físico, es como me duele la columna, engordé, ya no puedo bajar de peso igual; bueno sigo comiendo pero si, no sé si es como... junto con los años que han pasado, pero sí sientes un poco de desgaste; se me quebró un diente[...]. Después del embarazo si que tengo un hoyo jeje ¡ay no!, el cuerpo no, sí te cambia [...] vale la pena cada cosa, por más sufrimiento, por más que no pueda llegar a, no me importa; ya es algo físico. Yo creo que lo que te dan los hijos, digo actualmente como me siento muy estable ¿no?, en mi vida, siento que pues tengo una familia, osea, esto es lo que yo hubiera querido tener cuando tuve a Dana; poderles haber dado una casa, un papá, bueno tal vez no somos perfectos me siento mucho más tranquila a lo mejor un poquito más madura, yo bien dramática.

Olga

Lloraba mucho, preocupada por estarla viendo, que no le fuera a pasar nada, y por el shock que estaba como en shock de que ya mi vida era otra; ya yo, ya no...mmm yo ya

no era como que, yo sentía así como que ya no era la niñita de mi mamá. Yo ya tenía una niñita y no podía hacer nada malo para afectarla así, no sé. Sí, no sé, fue como un shock bien fuerte, osea, primero fue cuando estaba embarazada y segundo fue cuando ya. Si fue muy... y no la rechazaba ni nada eh, aunque me dolía la agarraba si lloraba; y yo trataba de cualquier cosa yo hacerlo. No quería que... sí me ayudaban, pero pues, si me fue así como -es mi hija y yo lo tengo que hacer-. Osea, no me quedaba nada mas así llorando, pero si lloraba mucho los primeros tres días, si lloré mucho [...] Luego...mmm...pues nada, le empecé a chingar, ni pedo, pero a veces si estaba muy enojada con la vida. Jajaja con la vida sí. Y conmigo no porque ya, yo fui la que metió la pata, y pero sí, no sé, si estaba enojada duré mucho tiempo enojada. Todavía pero jajaj pero si. Si fue difícilillo la verdad.

6. Conclusiones

La experiencia de embarazo, parto y parto en el caso de todas las mujeres que participaron en este estudio, está atravesada por la violencia obstétrica. En sus narrativas se evidencia en primer término que esta problemática social está latente a lo largo de las tres etapas. Quienes representan a la autoridad médica tienen un papel central en la configuración de las experiencias de violencia que encarnan las mujeres. Sin embargo, la violencia se presenta como un síntoma, como una de las formas que adopta el poder obstétrico y cuyo efecto se va de lastimoso a aplastante en la experiencia encarnada de las mujeres.

Las formas que adopta el ejercicio del poder obstétrico se reflejan en estos cuerpos, trazando en ellos estas experiencias y registro de información, como en una cartografía. Uno de los dispositivos de control de la autoridad médica es el establecer una relación paternalista con las mujeres embarazadas para producir cuerpos dóciles. Sin embargo, se manifiesta de formas distintas en el sector privado y en el público. Pues en el primero destaca la atención amable, condescendiente donde prima la legitimidad del conocimiento y los actos de dominio no son tan visibles. Por otra parte el sector público, la figura paternalista proviene de una jerarquía marcada, un control y una agresividad evidente. En ambos casos se vulnera la autonomía de las mujeres.

La ciencia médica masculinizada dispone de tecnologías disciplinarias para que los cuerpos reproductivos que produce cumplan con los discursos biomédicos sobre el género. Si bien es cierto que el personal de enfermería realiza una tarea de cuidados que puede entenderse como feminizada, lo hace desde la obstetricia que esto es, en el marco de un modelo médico hegemónico patriarcal en el que los discursos biomédicos sobre los cuerpos reproductivos de las mujeres están presentes en su práctica con diversas tecnologías disciplinarias.

El conocimiento producido por la ciencia médica de la obstetricia es un saber masculino que ejerce un poder de dominio sobre otros saberes. Una de las formas de mantener la autoridad médica es no revelando ese conocimiento. Es por ello que quienes representan a la autoridad en el contexto hospitalario, utilizan un lenguaje médico y técnico que no solo excluye a quienes no conocemos de medicina, sino que ese lenguaje también es corporizado y las mujeres comenzamos a hablar con términos que no entendemos con claridad, asumidos como la verdad sobre nuestros propios cuerpos. Pero también, utilizamos ese conocimiento para disputar el saber/poder y adquirir legitimidad en ese ámbito, pero que a la vez se articula con los sentidos y significados que adoptamos de los discursos biomédicos para la gestión de nuestros cuerpos.

El cuerpo tiene un papel fundamental en las experiencias de embarazos, partos y postpartos de las mujeres; es donde se vive y se encarna la experiencia, donde se crea memoria y se queda el registro de lo vivido. Los embarazos, partos y postpartos en la narrativa de las mujeres, son construcciones cambiantes que se van articulando a partir de los discursos y mandatos culturales sobre los cuerpos reproductivos pero también, a partir de la reflexividad de y sobre el propio cuerpo. Los significados que las mujeres dan a estas experiencias son complejos porque se articulan con sentimientos de tristeza, preocupación, incertidumbre, culpa y cambios físicos que son visibles en sus cuerpos y la forma en que son vividos.

Y como resultado del ejercicio reflexivo sobre las experiencias corporizadas y el conocimiento así como del poder ejercido sobre estos cuerpos se logra identificar posibles resistencias llevadas a cabo por las mujeres a veces de forma inconsciente y otras como estrategias de defensa ante nuevas experiencias gracias al conocimiento adquirido en su registro corporal. Las estrategias y las formas de resistencia también son diversas dependiendo de cómo cada una va adquiriendo conocimiento; si ellas tienen el capital económico para pagar talleres de preparación para el parto y otros modelos de parto como el

humanizado; si consultan alternativas distintas a la hospitalaria con otras mujeres; si realizan búsquedas de información de manera independiente, en internet o en otras fuentes.

Quienes no pueden acceder a estos saberes, resisten a partir del conocimiento producido por su cuerpo vivido. Y a partir de atender las sensaciones desde su experiencia encarnada, después de haber vivido un parto; identifican y diferencian las sensaciones como el dolor, la inconformidad o el miedo. Como lo puede describir la persona que lo está viviendo, la persona que lo conoce a partir del cuerpo vivido.

Otras formas de resistir para reapropiarse de sus procesos son: recurrir a la medicina tradicional, un conocimiento accesible que ha estado presente en la vida de las mujeres desde las tareas del cuidado y las tradiciones que se transmiten de generación en generación. Eso representa un desafío al modelo médico hegemónico que ha sofisticado los procesos de la vida cotidiana de las mujeres de los embarazos, partos y postpartos y los ha convertido en eventos médicos.

Los conocimientos producidos por nuestros cuerpos muchas veces son infravalorados. Al compartir entre nosotras lo vivido abre la posibilidad de reconocer y rescatar todas aquellas sensaciones, memorias, dolor, llanto, la fuerza de nuestros cuerpos y también sus límites. Al escuchar a mi cuerpo y a los cuerpos creamos un puente por donde transitan saberes reconociendo lo compartido y su diversidad. En el camino de esta investigación he encontrado algunas respuestas, que dan sentido a mi experiencia y se abre la potencia de crear nuevas narrativas.

Referencias

- Abu-Lughod, L. (1990). Can there be a Feminist Ethnography? *Women and Performance: a Journal of Feminist Theory* 5(1): 7-27.
- Almaguer, J., García, H., y Vargas, V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y salud en cifras*, 10(2), 44-59. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
- Aguedas, G. (2014), Violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos intercambio sobre Centro America y el Caribe* 11(1), 145-169.
- Alcoff, L. M. (2000). Phenomenology, Post-structuralism, and Feminist Theory on the Concept of Experience. In L. Fisher & L. Embree (Eds.), *Feminist Phenomenology* (pp. 39–56). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-015-9488-2_3
- Bach, A. (2010). Las voces de la experiencia: el viraje de la filosofía feminista. Biblos
- Bejarano, M., & Arellano, M. (2014). Violencia institucional contra las mujeres en el noroeste de México. *Acta Sociológica*, 65. [https://doi.org/10.1016/S0186-6028\(14\)70238-5](https://doi.org/10.1016/S0186-6028(14)70238-5)
- Bellón, S. (2014). *Obstetric Violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues?* [Tesis de Maestría Erasmus Mundus en Estudios de la Mujer y El Género]. <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/298064>.
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 18, 93-111. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106936>
- Bordieu P. (2000) *La dominación masculina*. Anagrama
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Cabra, N. y Escobar, M. (2014) *El cuerpo en Colombia: Estado del arte cuerpo y subjetividad*. Universidad Central.

- Camacaro, M., Ramírez, M., Lanza, L., y Herrera, M. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 20(68), 113-120. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27937090009>
- Carvalho, I. y de Brito, R. (2017). Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería Global*, 16(47), 71-97. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>
- Castañeda, M. (2012). *Etnografía feminista*. En N. Blazquez Graf, F. Flores, & M. Ríos (Coords.), *Investigación feminista Epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 217–238). CEIICH/UNAM.
- Castro, R., & Erviti, J., (2015). *El habitus en acción: La atención autoritaria del parto en los hospitales*. En *Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. (pp. 81–135). Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México;
- Congreso de Baja California. 2019. *Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Baja California*. http://www.congresobc.gob.mx/w22/index_legislacion.html.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2012). Introducción general. La investigación cualitativa como disciplina y como práctica. En *El campo de la investigación cualitativa: Manual de investigación cualitativa*. Vol. I (pp. 43–101). Gedisa.
- De Lauretis, T. (1989). Technologies of gender. In *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction* (pp. 203–234). Macmillan Press.
- Diario Oficial de la Federación [DOF]. (2016). *La NOM 007-SSA- 2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida*. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

- Espinoza, E. (2019). *Descolonizar el útero: Experiencias y agencia frente a la violencia obstétrica en Tijuana* [Tesis de doctorado]. El Colegio de la Frontera Norte.
- Figueroa O., Hurtado R., Valenzuela D., Bernal J., Duarte C., Cazares F (2017) *Violencia Obstétrica: Percepción de las usuarias sonorenses*.
<https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/71/123>
- Foucault, M. (1980) *Microfísica del Poder*. Ediciones de La Piqueta.
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), 3–20.
<https://doi.org/10.2307/3540551>
- Foucault, M. (2001) *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. XXI Editores
- Fraser, M., & Greco, M. (Eds.). (2005). *The body: A reader*. Routledge.
- García, D. (2010) *Representaciones y prácticas sobre el nacimiento: un análisis desde la perspectiva antropológica, 2007-2010*, . [Tesis de doctorado]. Universidad de la Habana.
http://tesis.sld.cu/FileStorage/000279-68B0-TESIS_Garc%c3%ada_Jord%c3%a1.pdf
- Gregorio, C. (2014) *Traspassando las fronteras dentro-fuera: Reflexiones de una etnógrafa feminista*. *Revista Antropológica Iberoamericana* 2014;9 (3) 297-322
- Grosz, E. (1994) *Volatile bodies: Toward a Corporeal Feminism*. Indiana University Press.
- Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reivindicación de la naturaleza*. Cátedra-Feminismos.
- Gutiérrez-Portillo, S. (2021). *Abismo de ausencia: Entre memoria, afectos y resistencias*. In A. Veloz & S. Gutiérrez-Portillo, *Miradas feministas a la obra de Vida Yovanovitch: Reflexiones sobre las mujeres en situaciones de encierro* (pp. 86–101). Universidad Autónoma de Baja California.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2017) *Encuesta Nacional sobre las dinámicas de las Relaciones de los Hogares (ENDIREH) 2016*.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

- Jarvinen, M., & Mik-Meyer, N. (Eds.). (2020). *Narrative Analysis: An integrative approach*. SAGE.
- Johnson, J., & Rowlands, T. (2012). The interpersonal dynamics of in-depth interviewing. En J. F. Gubrium, J. A. Holstein, A. B. Marvasti, y K. D. McKinney (Eds.), *The SAGE Handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft* (pp. 99–113). SAGE Publications.
- Jojoa, E., Chuchumbe, Y., Ledesma, J., Muñoz, M., Paja, A., y Suárez, J. (2019) Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 51(2), 135-146. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
- Lupton, D. (1993). Risk as moral danger: The social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 23(3), 425–435. <https://doi.org/10.2190/16AY-E2GC-DFLD-51X2>
- Marchese, G. (2019). Del cuerpo en el territorio al cuerpo-territorio: elementos par auan genealogía feminista latinoamericana de la crítica a la violencia. *Revista Entre Diversidades* 2(13), 9-41.
- Muller, M., y Nunes de Faria, A. (2019). Percepción de los médicos sobre la violencia obstétrica en la sutil dimensión de la relación humana y médico-paciente. *Interface (Botucatu)*, 23, 1-16. <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180487>.
- Peralta, M. (1996) *Aspectos clínicos del puerperio*. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER). http://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf.
- Pozzio, M. (2016). La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstetrica. *Estudios Feministas*, 24(1), 101-117. <https://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>
- Roulston, K., & Choi, M. (2018). Qualitative Interviews. En *The SAGE Handbook of Qualitative Data Collection* (pp. 233–249). SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781526416070>

- Saukko, P. A. (2003). Combining Methodologies in Cultural Studies. En P. Saukko, *Doing Research in Cultural Studies: An Introduction to Classical and New Methodological Approaches*. (pp. 11–35). SAGE.
- Schreier, M. (2018). Sampling and Generalization. En Flick, Uwe. (2018). *The Sage Handbook of Qualitative Data Collection*. (pp. 84-98) SAGE.
- Segato, R. (2003). Legislación, costumbres y la eficacia simbólica del Derecho. Universidad Nacional de Quilmes.
- Scott, J. W. (2001). "Experiencia". *Revista de Estudios de Género, La Ventana*. 2(13) 13.
<https://doi.org/10.32870/lv.v2i13.551>
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1987) *Introducción a los métodos cualitativos de la investigación*. Editorial Paidós.
- Trebisacce, C.(2016). Una historia crítica del concepto de experiencia de la epistemología feminista. *Cinta de moebio*, (57), 285-295. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2016000300004>
- Ussher, J. M. (2005). *Managing the Monstrous Feminine: Regulating the Reproductive Body*. Routledge.
- Ventura, W., & Lam-Figueroa, N. (2008). ¿Es útil la amniotomía de rutina en el trabajo de parto de inicio espontáneo? Una revisión de la literatura. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69(2), 127–129. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37911344012>
- Villanueva, L. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista CONAMED*, 15(3), 1417-151.
http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_JUL-SEP_2010.pdf
- Weir, L. (2006). *Pregnancy, Risk and Biopolitics: On the Threshold of the Living Subject*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203966716>

Zola, I. K. (1976). Medicine as an institution of social control. *Ekistics*, 41(245), 210–214.